



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO DE PSICOLOGIA

O VÍNCULO MÃE-BEBÊ E O DESENVOLVIMENTO DO DISTÚRBIO ALIMENTAR ANOREXIA NERVOSA

LILZE FRANKLIN FERREIRA GOMES

BRASÍLIA
JULHO/ 2008

LILZE FRANKLIN FERREIRA GOMES

**O VÍNCULO MÃE-BEBÊ E O DESENVOLVIMENTO DO
DISTÚRBIO ALIMENTAR ANOREXIA NERVOSA**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da
Faculdade de Ciências da Saúde – FACES do Centro
Universitário de Brasília - UniCEUB como requisito
para a obtenção do grau de Psicólogo.

Professora – Orientadora: Mestra Ciomara Schneider.

Brasília, julho/ 2008



Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Psicologia
Disciplina: Monografia

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Prof. Ciomara Schneider, Mestra em Antropologia Social

Prof. Morgana Queiroz, Doutora em Psicologia

Prof. Sandra Maria Baccara Araújo, Doutora em Psicologia

A Menção Final obtida foi:

Brasília – DF, Julho de 2008.

Dedico este trabalho a Deus e à minha
família.

AGRADECIMENTOS

Finalmente é chegado o momento de dizer adeus. Adeus às aulas, aos colegas de sala, à instituição. Não vertamos lágrimas pelo fim, entretanto, mas antes vibremos juntos por esta vitória. Mais que uma simples vitória, esta é a realização de um sonho. É uma conquista, e esta é tão minha quanto de todas essas pessoas maravilhosas a quem devo, agora, agradecer.

Agradeço antes de qualquer coisa a Deus, a Ele que me deu tudo o mais. Obrigada, Senhor! Pela minha vida, pelas oportunidades recebidas, pelas experiências vividas, pelas pessoas que colocaste em meu caminho, muito obrigada, meu Pai.

A meus pais que me deram a força para prosseguir, a coragem para não desistir, o amor para me guiar. Que muitas vezes renunciaram a seus sonhos e desejos para que eu pudesse realizar os meus, que vibraram comigo a cada conquista, e me apoiaram a cada obstáculo. A vocês, que sempre tentaram me entender e aceitar tal como sou, e sempre me ajudaram a crescer. A vocês que me guiaram por todo o caminho por meio de seus exemplos de abnegação e amor, dignidade e honradez, a vocês que eu amo tão profundamente, muito obrigada!

A meus irmãos, Hylda e Liwelton, que cada qual à sua maneira, sempre me ajudaram e apoiaram. Em meus momentos difíceis vocês me deram conselhos valiosos, e apesar de nem sempre me entenderem sei que sempre querem o melhor para mim. A vocês, irmãos amados, muito obrigada!

A meus avós, que onde quer que estejam compartilham a felicidade por mais esta vitória. Especialmente minha querida vizinha Nazinha, que em tantos momentos soube me dar o amor que eu tanto precisava. E muito embora não tenha tido a oportunidade de partilhar da minha vida universitária, sempre se fez presente em meu coração e, tenho a certeza, sempre cuidou de mim. Saibam que a memória de vocês, avós queridos, está para sempre gravada em meu coração. Muito obrigada!

À minha vó Nilza, que me acolheu e amou com tanta naturalidade e carinho. A você, vó amada, muito obrigada!

A meus amigos, que perto ou longe sempre me entenderam e aceitaram. Vocês, meus queridos, são a família que eu tive a graça de receber nos momentos mais importantes da minha vida. Saibam que não importa onde estejamos, vocês sempre estarão em meu coração. E pela compreensão de vocês pelas vezes que não pude estar com vocês para confeccionar a minha monografia e também pelas minhas crises de estresse que suportaram, muito obrigada meus amores!

À minha psicóloga, que tanto me ajudou em meu processo de autoconhecimento e que tantas vezes partilhou comigo a sua experiência.

A meus colegas do curso de Psicologia, que tantas vezes me instigaram a ser melhor e a buscar crescer, tanto pessoalmente quanto profissionalmente. A vocês, muito obrigada!

Ao meu anjo da guarda, a amiga Patrícia Regina de Andrade Carneiro Rodrigues, que tanto me auxiliou ao longo do último ano de curso. Quando eu estava perdida, você conversou comigo e me ajudou a ver um caminho; quando eu tropecei, você me deu a mão; muito obrigada, amiga, e saiba que sempre a guardarei em meu coração!

Aos professores do curso de Psicologia do UniCEUB que com sua paixão fortaleceram a cada dia o meu amor pela nossa profissão. Obrigada, mestres!

À minha orientadora Ciomara Schneider, verdadeira amiga e companheira que tanto me incentivou ao longo deste semestre. Por clarear o meu caminho, por me apoiar a cada passo, por me ajudar a descobrir em mim a força que necessitava, muito obrigada!

A todos vocês, que direta ou indiretamente estiveram envolvidos na elaboração deste trabalho, muito obrigada! Eu amo todos vocês!

*Tudo de amor que existe em mim foi dado
Tudo que fala em mim de amor foi dito
Do nada em mim o amor fez o infinito
Que por muito tornou-me escravizado.*

Vinicius de Moraes

*Cedo à sofreguidão do estômago. É a hora
De comer. Coisa hedionda! Corro.*

Augusto dos Anjos

RESUMO

O presente trabalho dedica-se a refletir sobre a relação existente entre o vínculo mãe-bebê e o desenvolvimento do transtorno alimentar anorexia nervosa sob a perspectiva da Psicanálise. Objetiva-se com este trabalho, compreender o impacto que este vínculo possui sobre o aparecimento e desenvolvimento de tal distúrbio alimentar. É com este intuito que se apresenta uma revisão teórica sobre a temática, a qual se inicia pela conceituação do vínculo mãe-bebê e posterior explicação sobre a sua formação; passa-se então a descrever a síndrome alimentar em questão e seus aspectos psicológicos e fisiológicos; a seguir explicita-se a relação existente entre o vínculo mãe-bebê e o desenvolvimento da anorexia nervosa; e, por fim, expõem-se os efeitos que o desenvolvimento deste distúrbio tem sobre as relações familiares. Por meio deste trabalho será possível observar a importância deste vínculo para todo o desenvolvimento futuro do bebê, o que pode influenciar desde a formação de sua personalidade até o aparecimento de um transtorno psiquiátrico. Clarificar-se-á a função da alimentação como necessidade fisiológica e momento de contato afetivo e vinculação com a mãe e com o mundo, sendo, portanto, o primeiro meio de comunicação e vinculação entre o par mãe-bebê. Conceituar-se-á a anorexia nervosa, expondo-se seus mecanismos de atuação e aspectos psicológicos e fisiológicos, observando a questão da recusa do alimento enquanto uma pseudo-separação, isto é, uma tentativa de se separar do Outro que sufoca. Conhecer-se-á sua dimensão psicológica e funcional, na medida em que serve a um propósito maior que o emagrecimento em si. Este pode ser a expressão de sentimentos escondidos, uma tentativa de separação ou ainda uma tentativa de assumir o controle da própria vida através da recusa do alimento. Por fim, compreender-se-á os aspectos familiares envolvidos neste distúrbio alimentar e seus efeitos sobre tais relações, verificando-se para tanto as estruturas familiares mais comumente envolvidas neste processo. Estas estruturas são, conforme será visto no decorrer deste trabalho, em geral compostas por pais superprotetores, ambiciosos e preocupados com êxito e aparências e onde a expressão dos sentimentos é limitada por regras implícitas ou explícitas. Outro ponto de vital importância que será abordado neste trabalho é a existência de uma relação fusionada entre a mãe e o sujeito anoréxico, que, se por um lado é sentido como algo impossível de se escapar, por outro é totalmente insuportável.

Palavras-Chave: Vínculo mãe-bebê. Anorexia. Psicanálise.

ABSTRACT

The present essay is dedicated to think about the existent relation between the bond mother-baby and the development of the nervous anorexia under the perspective of the Psychoanalysis. It is aimed by this work to understand the impact that this bond has on the appearance and development of such a food disturbance. It is with this intention that a theoretical revision shows up on the theme, which begins by the conceptualization of the bond mother-baby and subsequent explanation on his formation; it goes on then to describe the food syndrome open to question and his psychological and physiologic aspects; following there sets the existent relation out between the bond mother-baby and the development of the nervous anorexia; and, finally, there are exposed the effects that the development of this disturbance has on the familiar relations. Through this essay it will be possible to observe the importance of this bond for the whole future development of the baby, which can influence from the formation of his personality up to the appearance of a psychiatric upset. It will become clear the function of the food as physiologic necessity and moment of affectionate contact and bonding with the mother and with the world, being, so, the first way of communication and bonding between the pair mother-baby. One will conceptualize the nervous anorexia, when his mechanisms of acting and psychological and physiologic aspects will be exposed, observing the question of the refusal of the food as a pseudo-separation, which means an attempt of separating of the Other that suffocates. One will know its psychological and functional dimension, as it serves to a purpose bigger than the slimming itself. This can still be the expression of hidden feelings, an attempt of separation or an attempt of assuming the control of oneself life through the refusal of the food. Finally, one will understand the familiar aspects wrapped in this food disturbance and his effects on such relations, and with such an intention the most commonly familiar structures wrapped in this process will be reviewed. These structures are, as it will be seen in the course of this essay, in general composed by superprotective, ambitious parents worried about results and appearances and where the expression of the feelings is limited by implicit or explicit rules. Another point of vital importance that will be boarded in this work is the existence of a relation fused between the mother and the anorexic subject, which, if on a side it is felt as something impossible of running away, for other is totally unbearable.

Key words: Bond mother-baby. Anorexia. Psychoanalysis.

SUMÁRIO

RESUMO.....	vii
INTRODUÇÃO.....	x
CAPÍTULO 1: A EVOLUÇÃO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ.....	15
1.1. O recém-nascido e a relação simbiótica inicial.....	15
1.2. Os primeiros cuidados e o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê.....	22
CAPÍTULO 2: A SÍNDROME DA ANOREXIA NERVOSA.....	30
2.1. A anorexia nervosa: sua história, etiologia, diagnóstico diferencial, aspectos psicofisiológicos e tratamentos.....	30
2.2. A recusa do alimento como um meio de vingança ou protesto.....	39
CAPÍTULO 3: O VÍNCULO MÃE-BEBÊ E O DESENVOLVIMENTO DA ANOREXIA NERVOSA.....	47
CAPÍTULO 4: A ANOREXIA NERVOSA E AS RELAÇÕES FAMILIARES.....	55
CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65

Nos últimos anos, vêm-se observando um aumento crescente nos registros de casos de anorexia nervosa. Este distúrbio se caracteriza por uma perda de peso auto-imposta e um grande temor de ganhar peso e engordar. Este medo costuma se intensificar na medida em que o peso diminui; observa-se ainda uma distorção de julgamento pela paciente, que vê a si mesma ou a determinadas partes de seu corpo como pesadas (Kay e Tasman, 2002).

Embora a síndrome da anorexia nervosa seja identificada como um *mal da modernidade*, há evidências deste distúrbio já no século XIV, como é apresentado no segundo capítulo. Desde então, mais e mais estudiosos vêm se dedicando à temática da síndrome, elucidando questões e formulando hipóteses, buscando uma maior compreensão sobre este *mal* que aflige a tantas pessoas na contemporaneidade.

É, portanto, possível dizer que as evidências deste transtorno em um passado tão distante remetem à conclusão de que as regras culturais sobre o que é desejável não são condições suficientes para explicar a síndrome. Entretanto, a importância de tais regras não deve ser subestimada; Kay e Tasman (2002) apontam uma contribuição da cultura em um aumento significativo da ocorrência deste distúrbio nos últimos 50 anos o que, segundo os autores, parece estar relacionado à ênfase em um ideal de magreza irreal, especialmente na sociedade ocidental. Conforme Miranda (2005), o vazio da contemporaneidade gera aparelhos psíquicos incapazes de abrigar áreas de representabilidade do afeto. Nas palavras da autora:

Daí anorexia, bulimia, o comer compulsivo e a obesidade (assim como a chamada “síndrome do pânico”, alcoolismo, drogadicções) serem consideradas hoje como

perturbações inerentes à contemporaneidade, pela concretude das emoções, pelos sucessivos *actings*, pelo vazio de significações, pelos constantes *splittings* e pela impulsividade das ações violentas em detrimento da elaboração ponderada do pensamento (Miranda, 2005, p.11).

Segundo Busse (2004), há um maior índice de incidência deste transtorno em mulheres brancas ocidentais. O autor cita Bradinath, que coloca a raridade desta síndrome na Ásia, onde a silhueta esguia feminina não é tão valorizada. Tais afirmações parecem ser corroboradas pelo número massivo de notícias em que jovens padecem dessa patologia. São casos como o da modelo Ana Carolina Reston Macan, 21 anos (Carvalho, 2006), ou da jovem Maiara Galvão Vieira, 14 (Kopschitz, 2007), que faleceram em decorrência de complicações provocadas pela anorexia nervosa. De fato, somente entre os meses de novembro e dezembro de 2006 foram registradas quatro mortes em São Paulo, com jovens entre 16 e 23 anos. A síndrome da anorexia nervosa está tão presente na realidade brasileira que as estimativas são de que pelo menos 100 mil adolescentes sofram com distúrbios alimentares (incluindo-se aqui a bulimia), sendo que 90% dos casos são em garotas (CorreioWeb, 2006).

E é em vista da gravidade deste transtorno alimentar que se faz necessária uma maior compreensão sobre esta patologia e os fatores atuantes em seu desenvolvimento. Neste sentido, tem-se que a Psicanálise muito pode contribuir, uma vez que as manifestações do sofrimento psíquico enclausuram a mente num corpo-cárcere. Tal fato se dá pelas formas atuadas e violentas de expressão corporal, em que a elaboração ponderada do pensar é trocada pelas ações impulsivas da concretude psíquica, e isto impossibilita o psiquismo dessa menina-mulher de atender seus desejos, que ficam perdidos e negados (Miranda, 2005).

Bruch, citado por Kay e Tasman (2002), sugere que o fracasso no apego inicial de tentativas de tolerar sentimentos latentes de ineficácia e inadequação está na origem da anorexia nervosa, assim como a incapacidade de satisfazer as demandas da adolescência e do início da vida adulta. Desta forma, a anorexia nervosa se constituiria em uma luta concreta para conquistar um senso de identidade e propósito, um se sentir especial e no controle.

Tem-se, ainda, que o caráter estereotipado e repetitivo desse sintoma disfarça significações complexas e pessoais que giram em torno da alimentação, das relações de objeto e da sexualidade. Essa paixão pelos ideais contidos no emagrecimento preenche um vazio sob o qual uma depressão grave se anuncia. E como, de acordo com Freud, o ponto de toda a fixação é a relação com a mãe, a saída para esse impasse requer um deslocamento de objeto. As relações libidinais da menina com a mãe são ambivalentes desde os primórdios, de natureza amorosa e hostil, onde não comer, recusar o elo fundamental da relação primeira com a mãe, parece ser um ótimo palco onde começa a se encenar essa vingança, ou protesto. A relação com a mãe passa a ser baseada exclusivamente no controle e na ambivalência (Freud, 1929).

A escolha do presente tema decorre assim de um interesse particular na compreensão do impacto que o vínculo mãe-bebê tem sobre o desenvolvimento do transtorno alimentar *anorexia*, compreensão esta que é de grande importância para o esclarecimento da sociedade em geral quanto à prevenção e os tratamentos do distúrbio. Além disso, estudos neste campo fazem-se necessários para um melhor entendimento dos fatores intervenientes no desenvolvimento da anorexia nervosa e na elaboração de melhores estratégias de intervenção. Contribuiu ainda na decisão do tema as publicações acadêmicas envolvendo esta síndrome e também as constantes ocorrências do transtorno noticiadas pela mídia.

Visando evidenciar a importância do laço mãe-filha, que as une no sofrimento de uma história passional, tem-se Chatoor e colaboradores (citados por Aquino e Madeira, 2003) que

apresentaram, em 1998, critérios para o diagnóstico da anorexia infantil e demonstraram a grande relação entre distúrbios da alimentação e os diversos problemas envolvendo vínculo mãe-filho, também citada por outros autores. Embora a alimentação seja voltada para a sobrevivência, é principalmente um ato de relacionamento do indivíduo com o mundo. A relação que o indivíduo vai estabelecer com a alimentação ao longo de toda a vida é fruto da dinâmica das primeiras relações que ele, enquanto bebê, criou com a mãe, com a família e com tudo que estava a seu redor. Para o bebê, a alimentação é o momento de contato afetivo e vínculo com a mãe.

Pretende-se com este trabalho, portanto, investigar o impacto de tal vínculo sobre o aparecimento e desenvolvimento deste distúrbio alimentar e, para tanto, se faz mister a compreensão do vínculo mãe-bebê e de sua formação; o conhecimento do distúrbio alimentar anorexia, seus aspectos psicológicos e fisiológicos; o entendimento do impacto do vínculo mãe-bebê sobre o aparecimento e desenvolvimento de tal distúrbio alimentar; e, finalmente, a investigação dos efeitos do desenvolvimento deste distúrbio alimentar sobre as relações familiares, especialmente no contexto mãe-filha.

Partindo-se das premissas de que a alimentação se constitui em (a) um momento de contato afetivo e vínculo com a mãe e (b) um ato de relacionamento do indivíduo com o mundo, sendo a relação com ela estabelecida fruto da dinâmica das primeiras relações que ele, enquanto bebê, desenvolveu com a mãe, a família e tudo ao seu redor e ainda da proposta freudiana de que o ponto de toda a fixação é a relação com a mãe, tem-se que a qualidade do vínculo mãe-bebê estabelecido influi no desenvolvimento do transtorno alimentar anorexia. Utilizar-se-á a pesquisa bibliográfica, constituída principalmente de artigos científicos e livros, visto que esta permite a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla. Esta se constitui em uma “atividade de localização e consulta de fontes diversas de informação escrita orientada pelo objetivo explícito de coletar materiais mais genéricos ou mais específicos a respeito de um tema” (Lima, 2004,

p.38). Assim, torna-se possível desenvolver uma análise fundamentada e expor considerações pessoais.

Capítulo 1

A EVOLUÇÃO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ

1.1. O recém-nascido e a relação simbiótica inicial

Muito já foi discutido sobre a relação que se forma entre mãe e bebê nos primeiros meses de vida. Sua relevância se faz clara: é a partir desta primeira relação que irá se delinear a forma como o bebê desenvolverá suas relações durante toda a sua vida. Um vínculo suficientemente bom, como colocaria Winnicott, é responsável por um desenvolvimento normal de um indivíduo que, provavelmente, será mais seguro de si. No entanto, se o vínculo formado for inadequado, as reações podem ir desde a configuração de uma personalidade insegura até mesmo ao desenvolvimento de um transtorno psiquiátrico, tal como a esquizofrenia.

Visando compreender a importância deste vínculo, portanto, diversos estudos foram realizados. Brazelton e Cramer (1992) citam Spitz e Anna Freud, que, estudando o comportamento de crianças separadas dos pais, demonstraram a força da ligação entre mãe e filho; Bowlby, em 1958, cunha o termo *interação*, ao falar sobre os diversos modos primários de interação e apego à mãe, tais como a sucção, o agarrar, o chorar, o sorrir; Winnicott, em que o bebê e sua mãe são vistos como uma unidade e ainda outros importantes pesquisadores da área (*in* Brazelton e Cramer, 1992).

Sobre a gravidez, destacam Brazelton e Cramer (1992), que o desejo de ter um filho é multideterminado. Tem-se a “identificação, a satisfação das necessidades narcisistas e a tentativa de recriar velhos laços no novo relacionamento com o bebê” (p.11). Quanto à identificação, observa-se, nas mulheres, o surgimento da fantasia de ser a doadora dos cuidados recebidos, de forma que há uma imitação dos comportamentos das figuras maternas, e nos homens, um desejo

de ser igual à mãe. Relativamente à satisfação das necessidades narcisistas, isto é, necessidades estas que se referem ao trabalho de desenvolver e conservar uma auto-imagem e ainda ao grau de investimento na mesma, há: (a) o desejo de ser completo e onipotente, satisfeito tanto pela gravidez quanto pela criança; (b) a fantasia da simbiose, em que se observa um desejo de fundir-se à criança acompanhado de um anseio em retornar à unidade com a própria mãe; (c) o desejo de duplicar a si mesmo ou espelhar-se, que consiste em uma noção de imortalidade dos pais e dos ideais, valores e tradição familiar; (d) a visão da criança como realizadora dos próprios desejos e esperanças perdidas, uma extensão do próprio *self*; (e) a experiência da *dupla identificação*, que consiste em uma identificação, ao mesmo tempo, com sua mãe e seu feto, desempenhando ambos os papéis e atributos. Por fim, há o desejo de reviver antigos relacionamentos, de forma que a criança se torna mágica – revertendo separações – ou mesmo um objeto transferencial – “objeto em que são projetados os sentimentos e relacionamentos inconscientes dos pais” (p.18). Acrescente-se a estes fatores o desejo masculino de ser igual, ou até mesmo superar, o pai, sendo este último uma consequência da rivalidade edipiana.

Afirmam ainda os autores que, no momento do nascimento, há três bebês presentes, a saber: a criança imaginária da fantasia dos pais, o feto invisível que se fez evidente na gravidez e o recém-nascido de fato. E é com base nas relações iniciais com os dois primeiros que se forma o apego, isto é, o vínculo. É importante observar, entretanto, que somente desejar o filho durante a gravidez não é condição suficiente para a existência do vínculo e sua completude, este deverá ser reconstruído a partir do nascimento da criança (Klaus e Kennel, citados por Stifft e Beyer, 2003).

Vale ressaltar, também, que há um consenso entre os autores sobre a suma importância que o período de nove meses de gestação tem para a preparação dos pais à chegada do bebê. Winnicott (1999, p.3) descreve que neste período a mulher passa “de um tipo de egoísmo para outro”, em que “ela é o bebê e o bebê é ela” (p.4), enquanto que Brazelton e Cramer (1992)

afirmam que estes meses permitem aos pais uma preparação tanto corporal quanto psicológica, de forma que os pais possam sentir uma “completude e prontidão” (p. 21) ante esta chegada. Continuam os autores a explicar a gravidez em três estágios, conforme o trecho abaixo:

No primeiro estágio os pais adaptam-se à “novidade” da gravidez, evidenciada já pelas primeiras mudanças ocorridas no corpo da mãe, mas não ainda pelas exteriorizações da existência real do feto. No segundo estágio os pais começam a ver no feto um ser que, a certa altura, viverá separado da mãe. Este reconhecimento dá-se quando a mulher começa a sentir os primeiros movimentos do feto. Por fim, no terceiro e último estágio os pais começam a perceber na futura criança um indivíduo e o feto contribui para sua *individação* com a crescente diferenciação de seus movimentos, ritmos e níveis de atividade. (Brazelton e Cramer, 1992, p. 22).

Lamanno (1990), por outro lado, traz à baila o período pós-nascimento. Fala sobre a relevância do drama de separação mãe-bebê. Afirma que, ao nascer, este último é imaturo tanto física quanto mentalmente para se manter por conta própria, levando a uma indiferenciação inicial entre Eu e Não-Eu e ainda entre mundo interno e externo. Tal indiferenciação será, na visão da autora, gradativamente superada por meio de diversos mecanismos.

Mahler citada por Lamanno (1990), neste sentido, faz uma descrição dos estágios pelos quais passa o bebê em seu desenvolvimento a caminho da diferenciação da mãe. Inicialmente tem-se um estado de constante semisonolência e semivigília, chamado *autismo normal*. Neste período o bebê dorme quase todo o tempo, despertando apenas na presença de alguma tensão e voltando a dormir logo após sua resolução. Não existe, ainda, diferença entre mundo externo e interno, nem tampouco há consciência da figura materna. Lamanno (1990) acrescenta que nesta

fase o objeto é vivenciado como um objeto-descarga, isto é, que oferece a satisfação enquanto alívio de uma excitação.

No segundo mês, diz Mahler, ainda citada por Lamanno (1990), surge uma consciência turva da mãe, e, por meio dos contatos físicos com ela, começa a aparecer uma fusão corporal. Está presente o mimetismo de comportamentos maternos pelo bebê, a *imitação sem conteúdo mental* que, na estrutura do núcleo do Eu, se representa mediante uma fusão, isto é, uma *identificação primária*, entre as representações do Eu e do objeto. Esta fase, conhecida como *simbiose normal*, foi descrita como “um estado de indiferenciação, de fusão com a mãe, no qual o eu não é ainda diferenciado do não-eu e onde o exterior e o interior estão começando a ser gradualmente sentidos como diferentes” (Mahler, citada por Lamanno, 1990, p.19). Assim as representações objetais do bebê se desenvolvem a partir de suas identificações primárias e, posteriormente, do sentido que adquire através de uma vivência de uma onipotência criativa. Coloca, também, que são as experiências de suavidade do contato materno que determinam a qualidade do *encaixe comunicativo* entre o bebê e sua mãe, encaixe este de suma importância para o desenvolvimento da autonomia do bebê a partir do interior de seu Eu, é com base neste encaixe e ainda na vivência de estar fundido à mãe que surge a ilusão da onipotência. Nas palavras de Lamanno: “o bebê sente que cada ato de sua mãe seja um ato de si mesmo, cada resposta materna, obra de seu desejo, cada vivência prazerosa não seja senão uma mostra de sua onipotência” (Lamanno, 1990, p. 20).

Segundo Lamanno (1990), entretanto, esta ilusão de onipotência é amenizada à medida que o crescente desenvolvimento psicomotor da criança a impulsiona para além da órbita materna. Isto porque a crença de ser um com a poderosa mãe é contradita pelas percepções cada vez mais apuradas da criança, que a levam a perceber que não somente está separado da mãe, como também que é fraco e indefeso. Este processo, no entanto, envolve a satisfação do bebê e a

acessibilidade de sua mãe enquanto objeto independente, que lhe permitem a introjeção do objeto bom e fornecem a força para abandonar tal ilusão. Sobre o processo de introjeção, afirma Klein (1996) que “se refere à atividade mental da criança através da qual, na fantasia, ela absorve para dentro de si tudo o que percebe no mundo externo” (p.332). Este processo de desilusão quanto à onipotência é, ainda, um processo cíclico, que inclui “satisfação, ataque ao objeto sofrimentos causados pelos sentimentos de culpa e perda irreparáveis e tentativas de reparar os efeitos produzidos no objeto bom externo e interno pelas fantasias de destruição” (Lamanno, 1990, p.21).

Melanie Klein, citada por Lamanno (1990) traz, por outro lado, a importância da ambivalência no desenvolvimento do bebê. Dessa forma, afirma a autora que a libido e a agressividade estão presentes e fundidas desde o início da vida do bebê. É dizer, na visão da autora “o mundo de objetos da criança durante os primeiros dois ou três meses de vida consiste em partes gratificantes ou hostis e perseguidoras do mundo real” (Klein, 1996, p.332). Assim, diz, existe uma ambivalência já na fase oral, além de um objeto parcial, cindido, cujo protótipo é o seio materno. Coloca, ainda, que o objeto é cindido em *seio bom* e *seio mau*, na medida em que satisfaz ou frustra e, especialmente, conforme se projete nele o amor ou o ódio da criança (Klein, citada por Lamanno, 1990).

O seio mau é percebido como perseguidor e sua introjeção como detentora de grandes riscos de destruição; o seio bom, por sua vez, é idealizado como o consolador absoluto, cuja introjeção protege da ansiedade persecutória. Desta forma, o bebê pode identificar-se com o objeto bom e, posteriormente, relacionar-se com o objeto total. Isto se dá por meio da integração entre objeto bom e mau, levando a uma integração das partes cindidas do Eu, o que possibilita ao bebê perceber que é a mesma pessoa (ele) que ama e odeia o mesmo objeto (a mãe) que satisfaz ou frustra, podendo, portanto, ser amado ou odiado. Esta percepção, não obstante, gera uma nova

forma de ansiedade, em que o bebê sente que seu ódio irá destruir o objeto amado, resultando no auto-aniquilamento. O bebê passa, então a sentir-se culpado por seus impulsos destrutivos em relação ao objeto do qual depende. Essa angústia, entretanto, é superada à medida que se faz uso dos mecanismos de controle da agressividade e reparação do objeto, o que possibilita a introjeção do objeto bom de forma estável (Lamanno, 1990).

Tem-se, ainda, que o desenvolvimento do Eu inicia nos primeiros anos de vida, sendo influenciado pela inveja e pela qualidade do relacionamento com a mãe. Relativamente à inveja, coloca Klein (1991) que se trata daquela sentida pelo bebê em relação à capacidade da mãe de sustentá-lo física e emocionalmente. Esta é permeada por dois eixos, o da gratificação pelo amor, cuidado e alimentação recebidos da mãe e o da inveja advinda da idéia do alimento, amor e conforto estarem fora do próprio eu, sendo, de fato, pertencentes à mãe. Na verdade, segundo Klein, até mesmo a facilidade com que surge o leite gera inveja, pois muito embora “o bebê se sinta gratificado, essa facilidade fica parecendo um dom inatingível” (Klein, 1991, p.215). Acrescenta a autora que quanto mais a mãe é sentida como boa e repleta de riquezas essenciais à sobrevivência, mais é invejada e vorazmente desejada pelo bebê. É importante, aqui, explicar o que quer a autora dizer com inveja e voracidade. A primeira refere-se ao “sentimento raivoso de que outra pessoa possui e desfruta algo desejável – sendo o impulso invejoso o de tirar este algo ou de estragá-lo” (Klein, 1991, p.212). Abrange a sucção total do seio, até devorá-lo, ou seja, a sua introjeção destrutiva e ainda a deposição neste seio das “partes más do *self*” (p.212), o que implica em uma projeção. A voracidade, por sua vez, se constitui em uma “ânsia impetuosa e insaciável, que excede aquilo que o sujeito necessita e o que o objeto é capaz e está disposto a dar” (p.212). Objetiva apenas a introjeção destrutiva, o que significa, conforme exposto acima, sugar o seio até secá-lo e devorá-lo (Klein, 1991).

Já quanto à qualidade do relacionamento com a mãe, Bion citado por Lamanno (1990), descreve a dupla função da mãe para o bebê. A primeira envolve a gratificação, sendo a mãe necessária para a descarga de excitação e satisfação do bebê, enquanto que a segunda se refere a esta mesma mãe no papel de elemento organizador, convertendo-a em um objeto específico e essencial para o bebê. Bion, citado por Lamanno (1990), coloca ainda a importância da *identificação projetiva* de Klein para este processo, no trecho a seguir:

A identificação projetiva torna possível para o bebê investigar seus próprios sentimentos em uma personalidade poderosa o suficiente para contê-los. Negação deste mecanismo, quer seja por uma recusa da mãe em servir de depositária dos sentimentos do bebê ou devido à inveja e ódio internos do bebê que não permitem à mãe sua função, levam a uma destruição da ligação entre o bebê e o peito e conseqüentemente a uma desordem severa do impulso de ser ansioso do qual depende a capacidade do bebê em aprender (Bion, citado por Lamanno, 1990, p.27).

Dessa forma, diz Lamanno (1990) que tal mecanismo oferece um elo de ligação conceitual entre os mundos interno e externo, sendo um mecanismo interacional, ou seja, que ocorre entre as relações. Envolve, por conseguinte, um conflito entre “aquele que identificativamente projeta e aquele que, por sua vez, serve de depositário para as identificações projetivas do sujeito” (p.28).

Em outras palavras, para Lamanno este mecanismo se refere não só ao intrapsíquico – envolvendo fenômenos como a autopunição – mas também explica diversos fenômenos encontrados nas relações familiares, como por exemplo, a delegação de papéis.

1.2. Os primeiros cuidados e o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê

A formação do vínculo mãe-bebê é essencial para o desenvolvimento da criança. É a partir deste vínculo que a criança organizará todas as experiências que venha a viver. Este influi, inclusive, na formação de sua personalidade, de forma que uma relação segura possibilita um desenvolvimento saudável enquanto que uma relação insegura ou inexistente facilita o aparecimento de inadequações. É importante perceber, também, que diversos são os fatores que influem na formação desta relação.

Assim, primeiramente, atente-se para o fato de que este vínculo tem início já na vida intra-uterina. Nas palavras de Esteves e Borges (2007, p.6) “a formação do vínculo da criança com a família acontece desde a gestação e é fundamental para que a criança consiga desenvolver-se de maneira saudável”. Este vínculo é afetado por diversos fatores, o que é ratificado no trecho de Klaus, Kennell e Klaus abaixo:

(...) constituem fatos importantes para a formação do vínculo: planejamento da gravidez, aceitação da gravidez, conscientização dos movimentos do feto, percepção do feto como uma pessoa separada, vivência do trabalho de parto, nascimento, ver o bebê, tocar o bebê, cuidar do bebê e aceitar o bebê como uma pessoa individual na família [Klaus, Kennell e Klaus, citados por Esteves e Borges, 2007, p.6].

Bowlby, citado por Esteves e Borges (2007), por sua vez, afirma não ser possível falar em conduta de apego até que haja evidência de que o bebê não apenas reconhece sua mãe como ainda tende a comportar-se de modo a manter proximidade com ela. O autor complementa afirmando que:

Nenhuma forma de comportamento é acompanhada de sentimento mais forte do o que comportamento de apego. As figuras para as quais ele é dirigido são amadas, e a chegada delas é saudada com alegria. Enquanto uma criança está na presença incontestada de uma figura principal de apego ou tem-na ao seu alcance, sente-se segura e tranqüila. Uma ameaça de perda gera ansiedade e uma perda real, tristeza profunda; ambas as situações podem, além disso, despertar cólera (Bowlby, citado por Esteves e Borges, 2007, p.6).

A respeito da formação do vínculo, Winnicott citado por Esteves e Borges (2007) coloca que a comunicação da mãe ou cuidador com o bebê se dá por meio de gestos, sorrisos e vocalizações. Esta comunicação é fundamentalmente não-verbal, sendo caracterizada pelo olhar e contato físico. Quando a interação é bem sucedida, a mãe pode compreender as demandas do filho, o que proporciona seu desenvolvimento físico e mental de forma sadia. Segundo o autor esta sensibilidade da mãe em entender os sentimentos e as necessidades do bebê será alcançada no final da gravidez. A gravidez, portanto, oferece à mãe (ou cuidador) a oportunidade de se identificar com esse bebê, de se adaptar às suas necessidades e compreender as suas demandas. Assim, na visão do autor (Winnicott, 1999), ao agir naturalmente, a mãe proporciona a seu bebê a oportunidade de ser, de sentir-se real e, finalmente, de desenvolver sentimentos correspondentes aos da mãe que se identifica com seu bebê, que está envolvida com os cuidados que lhe dedica.

Dessa forma, para Winnicott, a boa evolução dos estágios posteriores do desenvolvimento depende em especial de bons resultados nos primeiros contatos do bebê com a mãe ou cuidadora. Ainda de acordo com o autor, a identificação primária do bebê é o início de tudo, e é nesse momento que a criança estabelece sua condição de ser e existir (Winnicott, citado por Esteves e Borges, 2007).

Sobre a identificação, afirma Brenner (1987), que deve ser compreendida como o “ato ou processo de tornar-se semelhante a algo ou alguém, em um ou diversos aspectos do pensamento ou comportamento” (p.56). O autor diz, ainda, que o bebê aprende diversos comportamentos por meio da identificação; é o caso do sorriso, da aquisição de linguagem, maneirismos físicos, interesses e até mesmo a tendência para a expressão ou repressão dos impulsos instintivos. Em suma, a identificação se dá com pessoas ou coisas do próprio meio ambiente, sendo estes altamente catexizadas¹ pela libido ou energia agressiva. A catexia, na visão de Brenner, se define como “a quantidade de energia psíquica que se dirige ou se liga à representação mental de uma pessoa ou coisa” (Brenner, 1987, p.34), sendo que o que é catexizado são as representações mentais do objeto, isto é, as lembranças, pensamentos e fantasias a seu respeito, e não o objeto em si. O autor coloca, finalmente, que a identificação tem um papel muito importante no desenvolvimento do ego, enriquecendo-o para melhor ou para pior. Isto fica melhor explicitado no trecho a seguir:

Observamos, assim, que a identificação exerce sua função no desenvolvimento do ego em mais de um aspecto. Acima de tudo, é parte inerente ao relacionamento do indivíduo com um objeto intensamente catexizado, em particular nos primórdios da vida. Além disso, registramos a tendência à identificação com um objeto admirado embora odiado. Finalmente, há o fator que mencionamos por último, segundo o qual a perda do objeto intensamente catexizado leva, em maior ou menor grau, à identificação com o objeto perdido (Brenner, 1987, p.60).

¹ Catexia: “termo extraído por Sigmund Freud do vocabulário militar para designar uma mobilização da energia pulsional que tem por consequência ligar esta última a uma representação, a um grupo de representações, a um objeto ou a partes do corpo. No Brasil também se usa catexia” (Roudinesco e Plon, 1998, p.398).

Não se pode subestimar a importância deste processo para o desenvolvimento da criança. Neste está implicada a base de saúde mental do indivíduo. De acordo com Winnicott, citado por Esteves e Borges (2007), logo que nasce, o bebê é dependente de alguém que faça a maternagem, essencial para a própria existência. Assim, segundo o autor, no caso de o bebê não receber o cuidado de que necessita, ele passa por um grande sofrimento psíquico e este prejudica diretamente a sua formação vincular, gerando angústias representadas por sensações de vazio, de desintegração e dissociações entre o corpo e o psíquico. O ambiente, que é representado pela mãe, é o fator que torna possível o desenvolvimento do *self* do bebê, e faz com que ele aceite a realidade como uma aliada nos processos de maturação da personalidade.

É importante assinalar, entretanto, que a função materna não será necessariamente exercida pela mãe biológica. Assim, tem-se que o fundamental é receber estes cuidados na fase inicial da vida, havendo o risco de vida na ausência dos mesmos. É preciso, portanto, que a criança tenha o suporte e o carinho de alguém que consiga desempenhar o papel materno, seja a mãe biológica ou não. Caso isso não aconteça, a sua saúde mental e física estará profundamente comprometida (Catão e Winnicott, citados por Esteves e Borges, 2007). Isto não quer dizer, todavia, que a mãe deve ser perfeita; ao contrário, é necessário que ajude o bebê a ser malsucedido em sua adaptação, quando já dispõe dos mecanismos que lhe permite conviver com as frustrações e dificuldades do meio ambiente. Isto não significa abandonar o bebê, mas antes deixá-lo frustrar-se ao mesmo tempo em que o próprio ego apóia o ego do bebê. Assim, o que se tem é a necessidade de um ambiente – humano e pessoal – suficientemente bom. Que este seja firme, permitindo-lhe resolver seus conflitos de amor e ódio e suas tendências a se voltar para o genitor do mesmo sexo ou do sexo oposto, ou seja, as tendências hetero e homossexual na relação objetal (Winnicott, 1999).

Outro fator de fundamental importância no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê é a alimentação, que é um dos primeiros meios de comunicação e vinculação entre o par mãe-bebê. É Klein (1996) que coloca a relevância primeira deste momento ao afirmar: “A primeira gratificação que a criança obtém do mundo externo é satisfação que obtém ao ser alimentada” (p.331), sendo que uma parte desta satisfação se deve ao alívio da fome e outra ao prazer vivenciado pelo bebê ao ter sua boca estimulada a sugar o seio materno e à sensação do leite escorrendo pela garganta e enchendo o estômago. Tem-se que, para a autora, a maior gratificação recebida pela criança no período é oral – através da boca, a qual se torna a via pela qual toma o alimento e também, na sua fantasia, o mundo à sua volta.

Winnicott (1982) ratifica a importância da alimentação ao dizer que “a alimentação da criança é uma questão de relações mãe-filho, o ato de pôr em prática a relação de amor entre dois seres humanos” (p.31). Entretanto, continua o autor, isto não é facilmente aceito enquanto as dificuldades no aspecto físico não forem superadas; uma mãe cujo filho morre de diarreia e vômitos está mais propensa a crer que seu leite é ruim do que atribuir a doença a um germe. Atualmente, muito se conhece sobre as doenças físicas e suas prevenções, de forma que a atenção está, agora, voltada para os problemas psicológicos e emocionais com os quais lidam as mães e sua influência sobre o vínculo que se forma entre o par mãe-bebê (Winnicott, 1982).

Winnicott (citado por Esteves e Borges, 2007) ressalta, ainda, que a amamentação é um exemplo importante de um dos primeiros meios de comunicação e formação de vínculo entre a mãe e seu bebê. Em *A criança e seu mundo*, Winnicott afirma que se a relação entre este par se desenvolve naturalmente, então não se fazem necessárias quaisquer técnicas alimentares. E mais, diz que toda mãe conhece, *naturalmente*, as necessidades do bebê. Isto porque ela também já foi um bebê e guarda as memórias de havê-lo sido e de ter sido cuidada por alguém (Winnicott,

1982). Neste sentido, cunha o autor o termo *holding* para abranger a totalidade do que é e faz uma mãe (Winnicott, 1999).

Algumas mães, no entanto, não se sentem aptas a amamentar os filhos. Isto, muitas vezes, está associado aos conflitos pelos quais passaram estas mães quando crianças. Nestes casos, na opinião de Winnicott (citado por Esteves e Borges, 2007), o melhor a se fazer é procurar maneiras alternativas através das quais a mãe possa estabelecer o contato com seu bebê. Neste sentido, tem-se que há muitos aspectos importantes na amamentação que estão presentes também no uso da mamadeira, como por exemplo, a troca de olhares entre a mãe e o bebê, que é um aspecto fundamental no estágio de desenvolvimento primário (Winnicott, citado por Esteves e Borges, 2007).

Sobre a dificuldade de algumas mães em amamentar seus filhos, afirma Klein (1996):

Um bom contato entre mãe e filho pode ser ameaçado na primeira (ou nas primeiras) mamadas se a mãe não souber como fazer com que o bebê pegue o bico do seio; se, por exemplo, ao invés de lidar pacientemente com as dificuldades à medida que elas vão surgindo, ela enfiar violentamente o bico do peito na boca do bebê, é possível que ele não consiga criar um forte apego ao bico e ao seio, alimentando-se apenas com dificuldade. Por outro lado, pode-se observar como bebês que apresentaram essa dificuldade inicial acabam se alimentando tão bem quanto os que não tiveram nenhum problema, se tratados com paciência (Klein, 1996, p.338).

No entendimento da autora, a forma como tais mães lidam com esta situação pode gerar marcas permanentes na mente da criança. É o que expõe no trecho a seguir:

Há muitas outras ocasiões, além do contato com o seio, em que o bebê percebe e registra inconscientemente o amor, a paciência e a compreensão da mãe – ou o seu oposto. Como já observei, os primeiros sentimentos estão ligados a estímulos internos e externos – agradáveis ou desagradáveis – e estão associados a fantasias. A maneira como o bebê é tratado desde a hora do parto pode deixar impressões permanentes em sua mente (Klein, 1996, p.338).

Lemos (2005) por sua vez descreve a alimentação enquanto um misto de desejo e necessidade. É dizer, há, por um lado, o fator da necessidade fisiológica de alimentação, que implica na sobrevivência ou não do indivíduo; por outro lado, há a alimentação inscrita no desejo psíquico, visto então como um ato erótico. Nas palavras da autora:

Na amamentação materna, o leite se posiciona como objeto de necessidade, e o seio, como objeto de desejo. O seio que nos interessa aqui é o psíquico. Amamentar é um ato erótico, assim como o ato de comer. O desejo da criança pelo seio da mãe passa pelo desejo dessa e sua disposição em lhe oferecer o seio. A sexualidade humana surge, apoiando-se na satisfação de necessidades. A função orgânica da alimentação confunde-se com a função erótica, deslocando-se do registro da necessidade para o do desejo, passando antes pela demanda, que é sempre de amor. A gastronomia, o prazer pelo comer, revela a dimensão erótica do corpo. A dimensão erótica e simbólica do ato de alimentar é que vai colocar o sujeito no lugar de desejante (Lemos, 2005, p.2).

Dessa forma, tem-se que a alimentação se refere a um ato erótico na medida em que satisfaz uma necessidade, assumindo um papel de objeto de desejo, ademais de necessidade

fisiológica. Ou seja, a alimentação assume um lugar privilegiado na vinculação entre mãe-bebê; sendo um dos primeiros meios de comunicação entre o par, deslocando-se do registro da necessidade para o da demanda de amor e, então, para o do desejo.

Capítulo 2

A SÍNDROME DA ANOREXIA NERVOSA

2.1. A anorexia nervosa: sua história, etiologia, aspectos psicofisiológicos, diagnóstico diferencial e tratamentos.

A síndrome da anorexia nervosa é um distúrbio alimentar cujos registros de ocorrência, como já mencionamos, vêm continuamente aumentando, quer seja por um aumento no número de casos, quer seja pelo seu maior reconhecimento advindo de um conhecimento mais amplo a respeito deste transtorno. O que é a síndrome da anorexia nervosa? Quais são seus principais sintomas? Que fatores se fazem indispensáveis em seu diagnóstico? Como se deve tratá-la? Estas são apenas algumas das perguntas a se responder antes que se adentre a questão de seu relacionamento com o vínculo mãe-bebê propriamente.

Inicialmente, é preciso observar que a anorexia não se desenvolve de um dia para o outro; há um período de tempo durante o qual a pessoa muda seus comportamentos alimentares. Em geral, o processo se inicia com a jovem decidindo fazer uma dieta ou simplesmente cortando alimentos considerados gordos, como a manteiga. Diferentemente da maioria das pessoas, entretanto, a dieta para esta jovem não é tão difícil; ela parece mesmo gostar da sensação de fome e da disciplina envolvida na dieta. Invariavelmente adota-se uma dieta pouco nutritiva e saudável e o que começou como uma restrição alimentar se torna uma privação completa (Buckroyd, 2000).

Herscovici e Bay (1997) caracterizam esta síndrome por uma perda de peso auto-induzida por meio da restrição alimentar e/ou uso de laxantes, diuréticos e enemas – isto é, a “introdução de líquidos pelo reto” (Polisuk e Goldfeld, 2003, p.132) – ou ainda da provocação de

vômitos ou excesso de exercitação física; estão presentes, também, o medo da gordura e a amenorréia, isto é, a ausência de menstruação, na mulher, ou perda de interesse sexual, no homem.

As autoras continuam colocando que sua história tem início já na Idade Média, quando Liduina de Shiedam, uma santa do século XIV, vive anos alimentando-se “apenas com pedacinhos de maçã do tamanho de uma hóstia” (Herscovici e Bay, 1997, p.21). Segundo a lenda, a jovem, filha do rei de Portugal, inicia uma vida de jejum e preces a Deus, visando afugentar a atenção dos homens. Após uma vida de preces, ascetismo e dieta de inanição seu rosto e corpo teria sido coberto por uma penugem (Herscovici e Bay, 1997). Já em 1689 Richard Morton publica o seu *Tratado sobre Consumpção*, em que expõe o caso de uma jovem de 18 anos que apresentava amenorréia e perda de peso auto-imposta, que a levou à morte. A este quadro Morton chamou *consumpção nervosa* (Kay e Tasman, 2002). Mas é a partir do século XIX, mais especificamente no ano de 1874, com Sir William Gull, o qual cunha o nome *anorexia nervosa*, que a síndrome obteve seu amplo reconhecimento (Herscovici e Bay, 1997).

Herscovici e Bay (1997) citam alguns autores de grande importância para a história da anorexia nervosa. Primeiramente tem-se Sir William Gull, que, em 1874, destaca a aparição tipicamente na adolescência, os efeitos do esgotamento calórico sobre os sinais vitais, sua preponderância nas mulheres e a importância de intervir com atenção profissional especializada. Em seguida vem Lasègue, em 1888, que descreve o quadro como *anorexia histérique*, apontando as distorções cognitivas, a negação e o transtorno da imagem corporal. Já em 1940, com as teorias de causalidade psicológica, surge a idéia da anorexia como um repúdio da sexualidade, predominando as fantasias de gravidez oral.

As autoras acima citadas mostram a contribuição de Bruch, que, em 1978, coloca a questão do transtorno da imagem corporal e um defeito na interpretação de estímulos corporais,

além de uma sensação paralisante de ineficácia atribuída ao fracasso dos pais em favorecer a autonomia das anoréxicas. Finalmente, tem-se Crisp ET col. que, em 1980, que propõem uma teoria que associa aspectos psicológicos e biológicos, ao afirmar que o não consumo de alimentos com hidrato de carbono e a perda de peso conseqüente interfeririam na regulação da menstruação, levando a uma regressão, relativa aos conflitos de crescimento, independência pessoal e sexualidade.

Buckroyd (2000), por sua vez, entende que há um sentido psicológico envolvido no transtorno alimentar anorexia, que o torna funcional, ou seja, ele tem a intenção de realizar algo além de seu propósito confesso de emagrecimento. Este último parece se relacionar a uma proteção no enfrentamento das angústias ou ansiedades que esteja vivendo, uma forma de lidar com pensamentos, sentimentos e lembranças difíceis. Kay e Tasman (2002) acrescentam que, muito embora já se conheça bastante sobre a anorexia nervosa, suas causas são ainda um mistério. Para os autores, o que se sabe é que há uma série de fatores intervenientes, chamados *fatores de risco*, facilitadores do desenvolvimento desta síndrome.

Entre os fatores de risco citados por Kay e Tasman (2002), têm-se as dificuldades para o funcionamento autônomo e o estabelecimento da própria identidade; dificuldades em aceder à separação; transtornos de autopercepção do tamanho corporal e dos estados afetivos internos e viscerais; presença de uma grande necessidade de aprovação externa e acomodação aos desejos dos outros, levando a uma auto-estima vulnerável; tendência ao conformismo; ausência de respostas às necessidades internas; perfeccionismo; escrupulosidade; expectativas pessoais muito altas. De fato, o único que se determinou foi que o indivíduo percebe a dor como (a) uma ameaça de perda do autocontrole e/ou (b) ameaça ou perda real da auto-estima, de forma que se sente mais no controle ao continuar perdendo peso (Herscovici e Bay, 1997).

Neste sentido, tem-se que, para Bruch (1978, citado por Herscovici e Bay, 1997), existe uma personalidade pré-mórbida no desenvolvimento da anorexia. Os pacientes são descritos como crianças perfeitas, agradáveis, aparentemente dotadas, especialistas em gratificar os pais, despreparadas para a separação e individuação da adolescência. Observa-se um fracasso em desenvolver a autonomia das figuras paternas, em especial da mãe, havendo um excesso de controle e intrusividade por parte dos adultos, além do desenvolvimento de um *self* social dócil, deficitário e com dificuldades em identificar os próprios sentimentos, pensamentos e sensações corporais, culminando em um Eu vulnerável. Strober, citado por Herscovici e Bay (1997) relacionou os seguintes traços de personalidade em adolescentes anoréxicos não crônicos: ansiedade neurótica, conformidade social, controle de emocionalidade e evitação de estimulação excessiva, estrutura de caráter rígida e obsessiva, excessiva conformidade, conduta controlada e inibição da emotividade. Strober, em uma revisão bibliográfica em 1985, conclui que traços como a insegurança social, excessiva dependência, complacência, baixa espontaneidade e falta de autonomia são fatores predisponentes, ao passo que introversão, depressão e propensão a se obcecar são complicadores, sendo associados à desnutrição e condição do paciente.

É preciso, neste momento, que se abra um parêntesis. Visto que este trabalho não pretende uma análise médica do transtorno alimentar anorexia, serão selecionados apenas alguns sintomas – os mais correntes na literatura – para definição e melhor compreensão. Outros sintomas serão simplesmente mencionados, devendo o leitor buscá-los na medida em que se faça necessário.

Assim, para Herscovici e Bay (1997), tem-se entre os aspectos fisiológicos, em primeiro lugar, a presença da magreza excessiva, disfarçada pelo uso de muita roupa, ampla e superposta. O cabelo é penteado para cair sobre o rosto, escondendo a proeminência dos pômulos. A pele é seca, áspera, fria e, comumente, coberta por uma penugem. Podem-se fazer notar, também,

petéquias na pele, isto é, hemorragias puntiformes; edemas nas pernas e palmas amareladas, devido a hiper胡萝卜素emia; dor abdominal; constipação; sensação de saciedade; bradicardia (diminuição da frequência cardíaca) ou arritmia; hipotensão arterial; e alterações no esmalte dos dentes e lesões nas articulações das mãos, no caso das anoréxicas purgativas. Além disso, verifica-se a ocorrência da inanção – ou seja, a “debilidade extrema por falta de alimentação” (Polisuk e Goldfeld, 2003, p.198) –, acompanhada de falta de energia, sono interrompido, retração social, diminuição da libido, disforia, dificuldade na concentração e anedonia (Herscovici e Bay, 1997). Esta última se constitui em uma “perda da sensação de prazer nos atos que costumam proporcioná-lo” (Polisuk e Goldfeld, 2003, p.30).

Sobre a aparência da anoréxica, dizem Busse e Silva (2004) que as anoréxicas têm “a aparência envelhecida, são caquéticas, seus cabelos são ralos e quebradiços, apresentam lanugo” (p.45), ou seja, uma leve penugem que cobre todo o corpo. Continuam os autores afirmando que as anoréxicas têm sua imagem corpórea distorcida; é dizer, acham-se gordas independentemente de quão magras se tornem. Esta crença, às vezes, as levam a um profundo sentimento de vergonha, o que Miranda (2005) expõe no trecho a seguir:

Os sentimentos de vergonha com relação ao corpo afetando profundamente seus sentimentos sobre si mesma levam as mulheres a possuir uma insatisfação permanente, independentemente de sua idade, aparência ou êxito na vida. O sentimento de “estar gorda” ou de não estar “na medida” afeta todos os outros atributos positivos. Este é o segredo de muitas mulheres, muitas vezes só revelado em diários, ou, denunciado pelos seus corpos, que servem como tela para estampar sua dor (Miranda, 2005, p.7).

De fato, afirma Gabbard, citado por Busse (2004), é quase como se o corpo não fizesse parte do *self* das anoréxicas, mas antes pertencesse a seus pais. Assim, para tais pessoas não há individualidade. Na adolescência surge uma revolta com essa falta de controle sobre o próprio corpo; buscam tal controle, então, por meio de dietas e abstinência alimentar. Suas ansiedades e problemas psicológicos são, assim, transferidos para o comer e o peso. No entendimento de Bruch citado por Busse (2004), a inanição permite a anoréxica ser valorizada por seus méritos, encontrar sua individualidade. Isto porque, nestes casos, há entre mãe e filha um vínculo patológico, em que aquela se utiliza desta para atender somente as próprias necessidades, sem reconhecer a última como um ser autônomo. Assim, para Gabbard, citado por Busse (2004), tem-se seis pontos a se entender na psicodinâmica da anorexia nervosa, a saber:

- 1) tentativa desesperada da anoréxica de ser única e especial; 2) ataque ao falso sentido de *self*, incentivado pelas expectativas dos pais; 3) afirmação de um *self* verdadeiro nascente; 4) ataque ao introjeto maternal hostil, visto como equivalente ao corpo; 5) defesa contra a voracidade e o desejo; 6) esforço para fazer os outros se sentirem ávidos e desamparados no lugar da paciente (Gabbard, citado por Busse, 2004, p. 54).

Afirmam Busse e Silva (2004) que a anorexia nervosa tem início, preferencialmente, na puberdade, sendo sua taxa de ocorrência de oito a dez vezes maior em mulheres que em homens. Sendo este índice tão diferenciado, doravante falar-se-á em anoréxica ou filha, não pretendendo aqui a discriminação da ocorrência deste distúrbio em homens. Tanto que se pode afirmar que é incorreto dizer que este distúrbio é exclusivamente feminino. Um estudo de Burns e Crisp, citados por Herscovici e Bay (1997) conclui que os conflitos apresentados na anorexia estejam

relacionados às crises de desenvolvimento comuns a todos os adolescentes, independentemente de se tratarem de homens ou mulheres.

Desde Marcé [1860], citado por Busse e Silva (2004) tem-se que o principal sintoma da anorexia é a perda de peso intensa em associação à recusa em ingerir alimentos, isto sem a presença de distúrbios orgânicos. Entretanto, é a partir do surgimento do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) em 1952 que houve a unificação dos critérios diagnósticos para a anorexia nervosa. Já em 1980, com o DSM-III, este transtorno é incluído entre as doenças mentais em crianças e adolescentes. A quarta edição do DSM (DSM-IV), citada por Kay e Tasman (2002), caracteriza a anorexia nervosa conforme quatro critérios, descritos no trecho abaixo:

- A. Recusa em manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado para a idade e altura (por exemplo, perda de peso levando à manutenção do peso corporal menos que 85% do esperado, ou fracasso em ter ganho de peso esperado durante período de crescimento, levando a peso corporal menor que 85% do esperado).
- B. Medo intenso de ganhar peso ou engordar, mesmo estando com peso abaixo do normal.
- C. Perturbação da pessoa no modo de vivenciar seu peso ou sua forma corporal, influência indevida do peso ou da forma corporal na auto-avaliação, ou negação da gravidade do baixo peso corporal.
- D. Em mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (considera-se que uma mulher tenha amenorréia se suas regras ocorrem apenas depois da administração de hormônios por exemplo, estrógenos) [Kay e Tasman, 2002, p.392].

É preciso, ainda, diferenciar os dois tipos de anorexia, classificados pelo DSM-IV conforme o trecho a seguir:

Tipo Restritivo: durante o episódio atual de anorexia nervosa, a pessoa não se envolveu regularmente em um comportamento de alimentação compulsiva ou purgação (isto é, vômito auto-induzido ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Tipo Compulsão Periódica/Purgativo: durante o episódio atual de anorexia nervosa, a pessoa envolveu-se regularmente em um comportamento de alimentação compulsiva ou purgação (isto é, vômito auto-induzido ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas) [Kay e Tasman, 2002, p.392].

Relativamente aos tratamentos da anorexia nervosa tem-se que o maior desafio está na divergência entre pacientes e as pessoas que se preocupam por eles. Para os primeiros, muitos dos aspectos de sua doença não se constituem em problema. Costumam minimizar os próprios sintomas e sugerem que a preocupação dos demais seria um exagero. Portanto, é preciso identificar sintomas com os quais o paciente possa se identificar, tais como fraqueza ou irritabilidade, entre outros. Entre as preocupações dos pacientes, podem-se citar desconfiança básica em relacionamentos, sentimentos de vulnerabilidade e inferioridade, e sensibilidade à coerção percebida; estas são expressas através de resistência, oposição ou mesmo pseudo-obediência às intervenções terapêuticas (Kay e Tasman, 2002).

É importante perceber que o tratamento tem um caráter multi e interdisciplinar, e que este deve ser voltado, inicialmente, para a normalização nutricional e comportamental, ou seja, deve-se neste princípio retirar o paciente da zona de risco de vida. O primeiro objetivo deve ser

envolver paciente e família. Deve-se também avaliar os comprometimentos clínicos, a fim de se encaminhar a paciente para o tratamento – fisiológico – adequado. Outros objetivos a se alcançar são a restauração do peso corporal normal, a normalização da alimentação, a resolução dos problemas psicológicos associados e a prevenção de recaídas (Kay e Tasman, 2002).

Herscovici e Bay (1997) afirmam que a primeira consulta deve ser responsabilidade de um médico clínico, que avaliará a necessidade de internação e as possibilidades de complicações, que deverão ser prevenidas ou revertidas, conforme o caso. A tendência, segundo as autoras, é iniciar o tratamento com a paciente no meio familiar e acompanhamento próximo. Nesta fase, inclui-se a recuperação nutricional, que pode ser associada ao uso de fármacos e psicoterapia.

Esta última é de vital importância para o tratamento e prevenção de recaídas. E embora não exista um consenso sobre o tipo mais adequado, Gorgati, Holcberg e Oliveira (2002) afirmam que a psicoterapia individual é a mais indicada e, a grupal, ineficaz ou capaz de provocar efeitos negativos. Tal fato é devido ao aumento da competitividade pela perda de peso entre as participantes do grupo. Este ponto é reafirmado por Hall citado por Herscovici e Bay (1997), que acrescenta entre os desafios à terapia em grupo as dificuldades das pacientes em estabelecer relações sociais significativas e também em expressar os próprios sentimentos, baixa auto-estima e a hipersensibilidade aos comentários dos outros.

Gorgati, Holcberg e Oliveira (2002) dizem, ainda, que a terapia familiar tem se mostrado muito eficaz, e que estudos de seguimento apontam para resultados duradouros. Colocam estes autores, também, que a eficácia da terapia familiar em casos cuja história clínica tem menos de três anos é maior, afirmação esta ratificada por Kay e Tasman (2002, p. 396) no trecho a seguir: “a terapia familiar é efetiva para pacientes cuja anorexia nervosa começou antes dos 18 anos e que manifestavam o transtorno há menos de três anos”.

Quanto à terapia familiar, é colocado por Vandereycken e Vanderlinden, citados por Herscovici e Bay (1997) que, inicialmente, o terapeuta familiar deve focar em cessar a batalha alimentar, outorgando ao paciente responsabilidade pelo próprio peso e alimentação e, a seguir, na separação da família de origem e no desenvolvimento da autonomia e independência. Já Minuchin et col., citados por Herscovici e Bay (1997) propõem a terapia familiar estrutural, visando o tratamento da estrutura familiar disfuncional, possibilitando, assim, o desenvolvimento de cada um de seus integrantes. Ou seja, buscam a modificação de tais estruturas familiares utilizando-se, para tanto, de intervenções estratégicas e comportamentais.

2.2. A recusa do alimento como um meio de vingança ou protesto

É comum ouvir alguém falar “Fulano é uma criança tão difícil!” ou “Uma criança normal não é assim!”. Mas o que se esconde por trás de tais afirmações? Quando se fala em normalidade ou em criança difícil, o que se quer efetivamente dizer? E mais, quando um sintoma se torna sinal de doença, ao invés de ser um simples mecanismo de enfrentamento das dificuldades experimentadas?

Evidencia-se, assim, a necessidade de se definir normalidade antes de adentrarmos o campo da patologia. Para Winnicott (1982), ao falar-se em normalidade pode-se pensar em seus diversos aspectos: desenvolvimento físico, intelectual, comportamental, emocional, etc. O autor afirma que o que lhe interessa, entretanto, é se o desenvolvimento da personalidade está dentro da normalidade e se o fortalecimento do caráter está-se dando de forma saudável. Nesta visão, tem-se que se o desenvolvimento emocional é falho em algum ponto, a criança irá retroceder e agir como uma criança menor ou bebê sempre que se deparar com as circunstâncias propícias; esta, para Winnicott, não é uma forma normal de lidar com as frustrações.

Diz ainda Winnicott (1982), que a criança principia sua vida com todos os sentimentos intensos dos seres humanos e que as pessoas adotam toda sorte de mecanismos para reaver tais sentimentos, valiosos justamente por sua intensidade. Deste ponto decorre que a infância pode ser pensada como um “processo gradual de formação de uma crença” (p.141) em pessoas e coisas e que é elaborada a partir das experiências boas. *Bom* é, neste contexto, definido como satisfatório, isto é, a necessidade é atendida e justificada; em oposição tem-se o conceito de *mau*, entendido como a qualidade das experiências que geram cólera, dúvida ou ódio. Encontra-se nesta colocação uma das mais importantes afirmações de Winnicott, de que a vida dos bebês e crianças está repleta de experiências boas e más; ou seja, “não existe aquilo a que se chama uma vida sem lágrimas, exceto quando há anuência sem espontaneidade” (Winnicott, 1982, p.142).

Assim, para o autor, toda criança apresentará sintomas e isto não significa que esteja doente. Define normalidade e anormalidade conforme o trecho a seguir:

Uma criança normal *pode* empregar qualquer dos recursos (ou todos) que a natureza forneceu para defesa contra a angústia e o conflito intolerável. Os recursos empregados (em saúde) estão relacionados com o tipo de auxílio que estiver ao alcance. A anormalidade revela-se numa limitação e numa rigidez na capacidade infantil para empregar sintomas e uma relativa carência de relações entre os sintomas e o que se pode esperar como auxílio (Winnicott, 1982, p.143).

Ainda segundo Winnicott (1982), entretanto, é preciso observar que nos primeiros tempos da infância, a capacidade para discernir qual o tipo de auxílio que está ao alcance é reduzida, havendo, por conseguinte, uma necessidade para estreita adaptação por parte da mãe. Um sintoma pode, portanto, servir como protesto e defesa dos direitos do indivíduo. Neste caso

trata-se apenas de uma tentativa de conservar a individualidade ameaçada e não de uma doença; pode, então, ser substituído por outros métodos de afirmação da personalidade passado algum tempo e após uma boa orientação. No caso de haver uma doença, por outro lado, a dificuldade não está no sintoma em si, mas no fato deste não cumprir sua função. É o caso da recusa de alimentos; este sintoma é perfeitamente normal uma vez que a criança não pode sentir sempre que a comida é boa ou ainda que merece comida boa, mas com o tempo e orientação a criança irá desenvolver noções sobre o que gosta ou não, o que chamará bom e mau. Entretanto, se esta recusa se torna obstinada, chegando a causar danos concretos à fisiologia da pessoa, então tem-se de fato uma doença.

Antes de se adentrar a questão da recusa do alimento propriamente dita é preciso fazer a diferenciação entre *instinto* e *impulso*, uma vez que estas palavras podem ser utilizadas como sinônimos na literatura psicanalítica. Segundo Brenner (1987) o primeiro refere-se a uma “capacidade ou necessidade inata de reagir a um conjunto determinado de estímulos de um modo estereotipado ou constante” (p.32) enquanto que o segundo, a um “estado de excitação central em resposta ao estímulo” (p.32). Freud, citado por este autor, propõe a existência de dois tipos de impulsos, o *sexual* e o *agressivo*. O primeiro trata do componente erótico das atividades mentais e o segundo, do componente puramente agressivo. De acordo com esta diferenciação, afirma Brenner, é possível presumir a existência de dois tipos de energia psíquica, a *libido* – associada ao impulso sexual - e a energia agressiva – relacionada ao impulso agressivo (Brenner, 1987).

Freud (1996) escreve, em sua obra *Três ensaios sobre a sexualidade*, o caminho percorrido pela libido nas manifestações do impulso sexual desde a infância. Assim, afirma Freud que a vida sexual infantil é auto-erógena, isto é, encontra seu objetivo no corpo do próprio infante. Sobre as fases do desenvolvimento da organização sexual, coloca que há um período pré-

genital, em que as zonas genitais ainda não assumiram seu papel predominante e um período genital, focado nas zonas genitais.

O primeiro período compreende a *fase oral* ou *canibal* e a *fase sádico-anal*. A fase oral se estende pelo primeiro ano e meio de vida do infante, e os principais órgãos sexuais correspondem à boca, aos lábios e à língua. Neste período os desejos e gratificações são primordialmente orais (Brenner, 1987). A atividade sexual ainda não se separou da ingestão de alimentos, tendo ambas o mesmo objeto; o objetivo sexual, portanto, é a incorporação do objeto Freud (1996).

O próximo período é a fase anal, que se estende pelo ano e meio seguinte e cuja fonte de tensões e gratificações é o ânus, de forma que as sensações de prazer-desprazer estão associadas à expulsão e retenção de fezes (Brenner, 1987). Acrescenta Freud (1996), que nesta fase é possível se observar uma polaridade sexual e um objeto estranho; fala, ainda, em duas tendências, uma ativa – operada pelo instinto de domínio, por meio da musculatura somática – e uma passiva – representada pela membrana mucosa erógena do ânus. O autor coloca que ambas as correntes têm objetos, sendo estes distintos, e que há ainda, outros instintos parciais que atuam de maneira auto-erótica. A organização e a subordinação à função reprodutora, entretanto, ainda estão ausentes.

Por fim, tem-se a fase fálica, que constitui o período genital. Esta tem início por volta dos três anos, em que o papel sexual principal é assumido pelos órgãos genitais. O pênis torna-se o objeto de interesse primordial para a criança de qualquer sexo (Brenner, 1987).

Assim, para Brenner (1987), há uma variação no grau de interesse e importância que se prende na vida psíquica da criança aos objetos e gratificações do impulso sexual, modificações estas que se produzem paulatinamente. Nas palavras do autor:

(...) a catexia libidinal de um objeto de uma fase anterior diminui à medida que se alcança a fase seguinte, e acrescentaremos que, embora diminuída, a catexia persiste por algum tempo depois de se tornar estabelecida a última fase e depois que os objetos a ela apropriados se constituíram nos principais objetos da catexia libidinal [Brenner, 1987, p.41].

Passemos agora ao ponto da anorexia e da recusa do alimento enquanto meio de protesto ou vingança. Neste sentido, afirmam Silva e Bastos (2006) que a anorexia surge como um sintoma que traz em si uma tentativa de separação do Outro, em que o *não*, o comer nada da anorexia evidencia a dimensão do desejo daquela demanda. E mais, acrescentam, que existe “uma diferença entre capricho e desejo, entre o ‘não’ como possibilidade de expressão subjetiva e a radicalidade do *nada*, entre um movimento que visa o distanciamento do Outro e uma outra manobra que requer sua presença como refém do sujeito” (p.15).

Busse e Silva (2004) concordam com esta posição ao colocar que, no princípio, não há uma perda de apetite e sim um apetite caprichoso. Isto porque o que ocorre é uma luta contra este, vencida apenas no decorrer da morbidade. Ingerem-se poucos, ou até mesmo um único alimento, mas isto nunca ocorre em público; além disso, levam-se horas em uma refeição, sendo as quantidades de alimentos ingeridas muito pequenas. É uma recusa a comer *nada*, a *papinha sufocante* de Lacan (citado por Silva e Bastos, 2006). Assim, quando a anoréxica recusa-se a comer ela está, de fato, ressignificando a falta que o outro tentou preencher oferecendo-lhe alimentos e preservando seu próprio desejo. Em *Rascunho G*, Freud coloca sua desconfiança quanto a esse protesto da seguinte forma: "A paciente afirma não ter comido, simplesmente, por não ter nenhum apetite, e não por qualquer outra razão. Perda de apetite: em termos sexuais, perda de libido" (Freud, citado por Silva e Bastos, 2006, p.3).

Freud, ainda citado por Silva e Bastos (2006), faz inicialmente um paralelo entre a anorexia e a melancolia uma vez que ambas resultam de uma dificuldade em relação à perda do objeto. Neste primeiro momento a “perda de libido pode ser entendida como uma deserotização da atividade oral, já que, aqui, a anorexia é articulada com a melancolia” (p.3). Posteriormente, no entanto, Freud passa a relacionar a anorexia com a histeria e, por conseguinte, com um aumento da erotização na zona oral que perturba as atividades aí situadas.

Lacan, também citado por Silva e Bastos (2006), por sua vez entende a anorexia como um *comer nada* em vez de um *não comer*. Para o autor, este transtorno se apresenta como um sintoma que coloca em ato a falta através desse nada. O comer nada surge aqui como a alternativa encontrada pelo sujeito para introduzir uma falta no Outro, para interpor um não à já mencionada *papinha sufocante* que o Outro oferece incessantemente.

A anorexia se apresenta, então, em uma parceria com este nada. A recusa de alimentos está no centro do desejo. Ingerir alimentos seria consentir a intrusão do outro, não comer induz um corte no gozo mortífero. Acrescente-se que a anorexia surge em especial na adolescência por estar relacionada à sexualidade feminina e que o confronto com a sexualidade genital pode provocar a recusa em tornar-se mulher. É o feminino diante do real do corpo sexuado. A relação entre anorexia/adolescência e sexualidade/feminilidade deve-se à intensidade da pulsão sexual nesse momento de vida, quando o corpo sexuado não é integrado ao eu.

Ferrari (2004) por sua vez afirma que “todo o ensino de Lacan, anterior a 1964, baseava-se na importância da articulação entre necessidade, demanda, desejo para a constituição psíquica do sujeito e, conseqüentemente, para aquilo que dessa articulação dizia respeito ao sintoma anoréxico”. Observa-se, portanto, que desde então Lacan já se interessava pela equivalência *amor-comer*. Em *A direção do tratamento* afirma “...é a criança alimentada com mais amor que recusa o alimento e usa sua recusa como um desejo”, (citado por Ferrari, 2004, p.106); coloca,

assim, que alimentar com mais amor não é o mesmo que amar. Na verdade, para o autor, é a frustração da demanda de amor que faz com que a organização de uma satisfação pulsional possa acontecer (Lacan, citado por Ferrari, 2004). Segundo Silva e Bastos (2006):

(...) na anorexia o Outro primordial, ao ser convocado no lugar daquele que não tem, daquele marcado pela falta, responde com o alimento, ou seja, "confunde seus cuidados com o dom de seu amor" (Lacan, 1958/1998: 634). Diante da angústia por não saber o que o sujeito lhe está demandando, por não entender o que o choro do bebê significa, o Outro responde com o alimento, ou seja, reduz a falta à falta de alimento. O sujeito, massacrado pelos cuidados do Outro, encontra como solução, como via de sustentação do desejo, a recusa do objeto oral. O sujeito propõe que o Outro busque um objeto de desejo além dele, fora dele, porque assim ele próprio encontrará o rumo do desejo. Recusar o alimento é, portanto, uma forma de assegurar que algo falta ao Outro, que a falta não pode ser reduzida à falta de alimento, e mais, que a falta é estrutural, não podendo ser suprimida por nenhum objeto [Silva e Bastos, 2006, p.5].

Assim, tem-se que a recusa aparece associada a um *nada*, ou melhor, através da recusa o sujeito coloca em ato a presença do *nada*. Esta recusa, entretanto, não deve ser confundida com a da castração; esta se refere à recusa de um objeto. A anorexia vem, então, como uma manobra de separação do sujeito em relação ao Outro; onde o Outro parece sufocar toda falta, a recusa surge como desejo, quer dizer, é nos meandros da relação entre o sujeito e o Outro que se encontra o sintoma anoréxico.

A falta de que se fala aqui está, no entendimento de Silva e Bastos (2006) relacionada à sexualidade. Nas palavras das autoras:

A falta está relacionada com a sexualidade, com o caráter parcial da pulsão, em última instância, com a impossibilidade de representar a totalidade da tendência sexual. Daí resulta a ausência de uma definição ou inscrição sobre o sexo, sobre ser homem e ser mulher do ponto de vista do inconsciente. O que produz essa falta no campo do sujeito é o fato de ele estar determinado pela linguagem, sem a possibilidade de satisfação plena, faltando sempre algo em seus encontros com o Outro. Nas suas relações com o Outro, um vazio se faz presente, vazio responsável por uma busca constante à medida que se torna causa do desejo (Silva e Bastos, 2006, p.9).

Continuam as autoras afirmando que comendo o *nada*, a anoréxica tem a intenção de cavar uma falta no Outro com seu desaparecimento. Conforme Lacan (citado por Silva e Bastos, 2006):

É no que seu desejo está para além ou para aquém no que ela (mãe) diz, do que ela intima, do que ela faz sentir como sentido, é no que seu desejo é desconhecido, é nesse ponto de falta que se constitui o desejo do sujeito (Lacan, citado por Silva e Bastos, 2006, p.12-13).

Finalmente, colocam Silva e Bastos (2006) que na anorexia o corpo se consome para abrir uma falta no Outro, de forma que este, cada vez mais magro e fraco, traz consigo uma marca fálica, um valor de troca nas relações com o Outro. Assim, ao tornar presente o nada através de uma recusa generalizada, o sujeito se torna mestre da onipotência, cabendo apenas a ele mesmo fazer-se viver ou não. “A partir daí, é ela (a anoréxica) quem depende por seu desejo, é ela quem está à sua mercê, à mercê das manifestações de seu capricho, à mercê da onipotência de si mesma” (Lacan, citado por Silva e Bastos, 2006, p.15).

Capítulo 3

O VÍNCULO MÃE-BEBÊ E O DESENVOLVIMENTO DA ANOREXIA NERVOSA

No princípio o mundo do bebê é indiferenciado e narcisista. Ele é o mundo e o mundo é ele; há, na verdade, uma ilusão de onipotência. Gradativamente, entretanto, o bebê começa a se dar conta que o mundo existe independente dele. Conforme passa pelas fases de desenvolvimento, o bebê passa a perceber que não é um com sua mãe, e que há um mundo muito maior que os dois ao seu redor. Este mundo passa, então, de uma realidade em preto e branco para uma em cores, *technicolor*. Para que tudo isso ocorra, no entanto, é necessário que haja inicialmente o processo de diferenciação mãe-bebê. Quando existe uma falha neste processo surgem os distúrbios; é o caso da anorexia, em que esta falha leva a percepção de um relacionamento fusionado entre mãe e filha.

Este processo, segundo Mahler (1982), tem início por volta dos cinco meses e se divide em quatro fases, a saber, a *diferenciação*, o *período de exploração*, a *reaproximação* e a *permanência do objeto libidinal e consolidação da individualidade*. A primeira subfase principia aos cinco ou seis meses e coincide com a diminuição da dependência corporal da mãe, a maturação das funções parciais de locomoção, o olhar além do campo visual imediato, a coordenação de mãos, boca e olhos, a manifestação de prazer ativo no uso de todo o corpo, o interesse por objetos e persecução de objetivos, assim como a busca de prazer e estimulação no mundo externo. Esta fase é caracterizada pela investigação sensório-motora primitiva do rosto, cabelo e boca da mãe e pelos jogos de esconde-esconde por ela iniciados.

A segunda fase, por sua vez, vai dos dez aos quinze meses, mais ou menos. Nesta, tem-se que o bebê desenvolve suas habilidades motoras e a exploração de seu ambiente em expansão. Esta exploração, entretanto, é intercalada com períodos de “reabastecimento emocional” (Mahler,

1982, p.37), quando o bebê retorna à mãe e procura o contato físico com a mesma. Há, neste período, um grande investimento narcisista da criança nas próprias funções e no próprio corpo. Observa-se aqui a aceitação de quaisquer adultos como substitutos da mãe, conquanto o ambiente seja conhecido. A fase da reaproximação, por outro lado, tem início com o caminhar e dura dos 14 aos 22 meses, em média. O controle da locomoção leva o bebê a uma percepção de estar autorizado e mais, destinado, a separar-se da mãe, o que gera um misto de prazer pelo domínio e ansiedade de separação, ansiedade esta que, em pequenas doses, se faz muito útil ao processo de individuação. A libido é, conforme Mahler (1982), redistribuída e dirigida a outros objetos, podendo-se verificar um pequeno temor à perda objetal. Algumas características desta fase são o exercício da individuação, o desejo de que a mãe compartilhe todos os aspectos de sua vida, o prazer pela atuação independente, o aventurar-se em um ambiente cada vez mais amplo, o aparecimento dos primeiros sinais de agressividade, o crescimento do sentimento de posse e impulsiva avidez do bebê em relação à mãe, a não aceitação de substitutos à mãe e o início da comunicação verbal, com grande significado emocional para as palavras *mim* e *meu*.

Por fim, tem-se a quarta fase, em que há o desenvolvimento de complexas funções cognitivas, como a comunicação verbal, a fantasia e o critério de realidade. Esta fase se dá entre os 20 e os 36 meses, mais ou menos, e é caracterizada por uma rápida diferenciação do ego, pelo estabelecimento de representações mentais do *self* separadas das representações de objeto, permitindo a constância objetal, ou seja, a presença concreta da mãe já não é imperativa (Mahler, 1982).

Ainda com base na teoria de Mahler (1982), em seu estudo *Alguns aspectos da fase de separação-individuação*, desenvolvidos pela autora em 1963, esta coloca que a mãe normal reage ao código emitido pelo seu bebê, conforme suas necessidades. Entretanto, observa que “as mães variam em sua interpretação do grau de independência ou da nova aquisição desenvolvimental

indicadas por estes sinais, respondendo aos mesmos de acordo com suas próprias interpretações” (p.33). Diz ainda que embora os códigos possam ser mal interpretados ou atribuídos à criança pela mãe, os bebês normais possuem uma enorme capacidade para se adaptar às necessidades, emoções e demandas da mesma.

Na visão da autora há, concomitantemente ao processo de individuação-separação do bebê, um processo de separação da mãe em relação ao seu bebê, o que pode ser verificado graças às más interpretações dos códigos. E mais, diz haver encontrado evidências de mães que interpretam corretamente os códigos, outras em que estes são mal interpretados e outras, ainda, em que os códigos são seletivamente ignorados, sendo que este último caso costuma implicar em conflitos. Não obstante, afirma que o resultado da individuação do bebê é, em geral, conseqüência das tentativas da mãe em adaptar-se ao amadurecimento do bebê, bem como dos esforços deste em adaptar-se às fantasias conscientes e inconscientes da mãe. Assim, tem-se que para Mahler:

Além das reações específicas aos sinais indicadores do amadurecimento do filho e sua conseqüente aptidão para atuar separadamente, o caráter geral da mãe é importante determinante em suas reações ao bebê e este deve, de algum modo, adaptar-se às suas reações (Mahler, 1982, p.34).

Ainda relativamente à interpretação dos códigos, afirma Mahler (1982) que esta leitura feita pela mãe é modificada conforme a impressão de ser a criança uma continuação de si mesma ou um indivíduo distinto. Assim, uma mãe pode resistir à separação ainda que a afirme altamente valiosa. Neste caso, volta-se súbita e intermitentemente para a criança com o intuito de dirigir o que compete à iniciativa da mesma, “sempre esperando que esta atuasse a certa distância e, ainda

assim, como um prolongamento de si própria” (p.28). É o que se verifica na anorexia: a mãe se queixa da demanda por sua atenção pela filha, que é contínua e intransigente, mas permite a existência de um relacionamento fusionado, chegando mesmo a incentivá-lo. É o que ressalta Busse (2004), ao afirmar que a mãe se utiliza da filha para atender as próprias necessidades sem reconhecê-la como um ser autônomo.

Dessa forma, observa-se na anorexia a existência de uma fusão ou dependência vital ao seio que cuida e nutre do qual a anoréxica não pode escapar sem que caia em uma vivência de aniquilamento que é concomitante a uma sensação de horror ante a percepção desta mesma dependência que nutre a relação. Desenvolver-se significa quebrar com este padrão; nas palavras de Miranda (2005):

Avançar em seu desenvolvimento significa a quebra do poder destes padrões de vida psíquica por ela criados onde a cópia de si mesma perpetuada no vácuo anula qualquer possibilidade criativa. Permanece assim como drogada de si, viciada em si mesma, pois sua anorexia mental e o fechamento à penetração do outro impede a evolução e garante a eterna reprodução compulsiva da autocópia daquilo que já existe nela (Miranda, 2005, p.10).

Assim, para esta autora, a anoréxica passa a se perceber pela metade. E mais, identifica-se com o que faltou na mãe, fantasiando uma fusão entre as duas para preencher o vazio que se instala. Dessa forma, tem-se que:

A anoréxica em seu corpo magro e sem formas permanece uma menina e seus desejos implícitos no “tornar-se mulher” ficam dessa maneira escondidos, ocultos. Controla,

assim, a emergência de fantasias edipianas, desfaz-se da concretização do incesto, do contato com a realidade psíquica e com as fantasias ligadas à voracidade e inveja. Esta negação da relação parental alimenta ainda mais a relação com a mãe-seio, pois, como o psiquismo funciona sob a égide dos objetos parciais, a internalização se dá com aspectos cindidos dos objetos (Miranda, 2005, p.5).

Schulte, citado por Busse (2004), reafirma esta proposição, ao colocar que o emagrecimento intenso vem como uma tentativa de não assumir a conformação física da mulher adulta, o que se dá devido aos conflitos existentes entre mãe e filha. Estes levam a filha a não introjetar a figura feminina adulta, na pessoa da mãe, que é vista como algo negativo e, portanto, que não deve ser copiado.

Brusset, citado por Bidaud (1998) destaca o paradoxo da relação mãe-filha na anorexia conforme o trecho abaixo:

A mãe é, ao mesmo tempo, indispensável e inaceitável, o que se poderia exprimir assim: ela representa tudo o que me causa horror e, ao mesmo tempo, não posso dispensá-la, cabe a ela responder, compreender, espero tudo dela, que ela seja Deus para mim (Brusset, citado por Bidaud, 1998, p. 82).

Para Massimo Recalcati, citado por Silva e Bastos (2006), o movimento presente no sintoma da anorexia pode ser considerado uma tentativa de separação, ou melhor, uma pseudo-separação do Outro. Isto porque a anoréxica recusa a demanda do Outro, pondo seu desejo à prova a fim de sustentar sua onipotência; ou seja, busca essa separação pelo caminho da negação do Outro. Há uma recusa radical a qualquer objeto que a satisfaça, atitude que a coloca – a

anoréxica – em um lugar (ilusório) de onipotência frente a todos. Nas palavras do autor: “Na anorexia, de fato, a separação do Outro se configura como um modo para negar a dependência estrutural (simbólica) do sujeito ao Outro. É uma separação que aponta o desvincular-se da alienação” (Recalcati, citado por Silva e Bastos, 2006, p.14).

Já segundo Bidaud (1998), as pacientes envolvem-se em uma relação de “destruir ou destruir-se” (p.82), evocando um sentimento de *desposseção* do espaço afetivo ou de pensamento. As anoréxicas colocam que sentem – a própria felicidade, tristeza, entusiasmo – através da mãe e ainda que estas sempre sabem o que estão pensando. É mais, algumas pacientes chegam a relatar sentir a mãe no próprio corpo, como se torna claro neste fragmento de texto: “Sinto minha mãe mexer-se em mim...é ela que sinto, não é o meu corpo (p.82)”

Freud [1931], citado por Bidaud (1998), afirma ser impossível compreender um fenômeno sem antes considerar a intensidade e a duração do amor pela mãe no período pré-edipiano. Assim, a mãe é vista como a sedutora neste período, única provedora de gozo e, dessa forma, tem-se que, em suas palavras: “Há uma exclusividade da ligação com a mãe, com negligência completa do objeto-pai” (Freud, 1931, citado por Bidaud, 1998, p.83). Bidaud (1998) complementa afirmando que:

A passagem à feminilidade está ligada a uma renúncia, ao abandono da crença no falo da mãe, na mãe onipotente e ao recalque da atividade fálica. Tendo dirigido seu amor a uma mãe fálica, com a descoberta de que a mãe é castrada, torna-se possível para a menina abandoná-la como objeto de amor (Bidaud, 1998, p.83).

Assim, segundo o autor, “Do reconhecimento da castração da mãe ao interesse que o pai representa agora, elabora-se uma dupla renúncia: ao gozo fálico e à fantasia de possuir o órgão”

(Bidaud, 1998, p.83). O autor coloca que é a partir do lugar ocupado no desejo do pai que a menina acede à feminilidade. Continua dizendo que o laço que a une a mãe é arcaico, oral, enquanto que a fantasia de ser violada pelo pai lhe permite a separação de seu primeiro objeto de amor (Bidaud, 1998).

Em outras palavras, para Bidaud, a descoberta da castração materna e o abandono da crença em sua onipotência permitem à filha a separação deste objeto de amor e a entrada do pai neste lugar, o que lhe possibilita a ascensão à feminilidade.

Neste momento é preciso que se destaque o papel primordial do pai para a criança. Assim, tem-se que Lacan, em suas obras, coloca a existência de três pais, o *simbólico*, o *imaginário* e o *real*. O primeiro se refere àquele que instaura a falta; trata-se de um lugar simbólico assumido por um homem, que o investe de poder e, por essa operação, ele encarna e detém a Lei. O segundo é o pai-imagem, qualificado como castrador e a quem a criança responsabiliza pelo seu próprio ser; é uma imagem forte, um pai estimado e amado, que permite deixar a mãe e receber do pai o traço que identifica a virilidade, o substituto do falo. O último, por sua vez, se refere a um lugar designado pela mãe, ou seja, o pai real ocupa o lugar simbólico designado pela mãe, o que permite à criança fazer o luto do pai imaginário e ideal (Lacan, 1995). De acordo com Ruffino (1997), Lacan caracterizou a contemporaneidade como sendo o tempo do declínio social da função paterna. Para ele, a modernidade que, não é um tempo da história, é esse modo de disposição do social que impôs à contemporaneidade. Esta sim é um tempo da história, ou seja, o seu tempo atual, o específico de sua socialidade. O oposto da modernidade seria a tradicionalidade. Na socialidade tradicional, a função paterna reinava com segurança. Santos e Azeredo (2005) relatam que a função paterna apóia-se no recalque das pulsões. Para os autores, a função psíquica da representação de um pai que proíbe é a condição para delimitar a zona de silêncio, que dá origem ao desejo permitido. Ou seja, o que o pai não proíbe, então é permitido.

Observa-se que o papel do pai está cada vez mais decadente, o que, segundo Silva (2007), parece estar relacionado à emancipação da mulher tornando estas menos dependentes economicamente, facilita as separações e outras recomposições familiares, criando assim, novas formas de paternidade como as encontradas na pós- modernidade. Morin (1994) ratifica, diz que o momento atual é de crise da paternidade e também da parentalidade, pois as transformações na família, no posicionamento da mulher frente ao homem, a seus filhos e à sociedade, modificaram a subjetividade masculina e, portanto, a relação pai/filho.

Segundo Santos e Azeredo (2005), o declínio da função paterna foi conceituado originalmente por Lacan, que descreve o crescimento na cultura de uma “neurose caracterial ligada a um modo de subjetivação do gozo. O privilégio paterno de fazer lei, delimitando o que é proibido, vem sendo substituído por uma forma de contestação, ou seja, é: proibido proibir” (p.78). Assim, se a função do pai no Édipo era transmitir a lei simbólica, da castração, esta, hoje parece estar ameaçada pela mulher toda-poderosa que não permite a entrada do pai.

Capítulo 4

A ANOREXIA NERVOSA E AS RELAÇÕES FAMILIARES

Quando se fala sobre os fatores de risco na anorexia nervosa não se pode deixar de tratar da questão da família. Esta é o cenário no qual está inserido o indivíduo sendo, portanto, de suma importância para a compreensão dos recursos que lhe estão disponíveis para o enfrentamento das frustrações cotidianas. Logo é preciso, em primeiro lugar, fazer alguns questionamentos sobre esta instituição. O que é uma família? Quem são os seus membros? Como eles se relacionam entre si?

Acrescente-se a isso o fato de que a presença de um membro anoréxico no seio familiar afeta todos os outros membros do grupo, trazendo por vezes uma série de sentimentos confusos, um misto de medo, insegurança, decepção, uma sensação de haver fracassado com àquela pessoa. É preciso, então, perguntar-se: como lidar com estes sentimentos? Como poder ajudar um familiar que sofre com este distúrbio?

Primeiramente, afirma Lawrence (1991), que o termo família designa todo o “grupo de adultos e crianças que dividem o lar com a mulher anoréxica” (p.61), e ainda que compreende “todo um conjunto de relacionamentos de poder variáveis; e que, em nossa cultura, no núcleo familiar clássico, o pai representa a ‘autoridade’ e a mãe é quem ‘cuida e alimenta’” (p.61). Assim, segundo a autora, ao falar em culpar a família está-se referindo à família em seu papel de nutridora, ou seja, às mães. Logo, no entendimento da autora, qualquer abordagem que culpe a família é “injusta e leviana” (p.61), pois não oferece uma análise real da família. Isto porque tais famílias encontram-se sob um estresse tão grande que, nas palavras de Lawrence (1991), “devemos perguntar como pode uma família se comportar de forma normal se vive com uma mulher que insiste sistematicamente em morrer de fome diante de seus olhos” (p.65). Não

obstante, continua a autora que não se deve desvalorizar o papel da família na questão da anorexia nervosa. Coloca a autora que a maior parte das experiências importantes de um indivíduo lhe chega por meio da família. É mais, diz Lawrence:

A família é nosso caminho direto para o mundo social. Acho que não estarei mentindo se disse que jamais entenderemos uma pessoa se não tivermos como referência sua família e que ninguém se compreende realmente até compreender um pouco seu próprio relacionamento com ela (Lawrence, 1991, p.62).

Norsa e Seganti *in* Urribarri (1999) colocam que, muito embora o ambiente familiar possa exercer influência sobre o estilo de vida levado pelas anoréxicas, com suas privações e seu silêncio, há uma enorme parte de seu comportamento que evidencia um forte desejo de comentar o grupo familiar além das exigências que se lhes fizeram. Segundo as autoras essas jovens “tendem em viver a sexualidade como reivindicação de complacência, para além da realidade, assim como enfatizam de modo exaltado a reivindicação de complacência por parte do terapeuta” (p.64).

Buckroyd (2000) acrescenta que uma das maiores dificuldades das pessoas à volta de uma anoréxica é o fato de não compreenderem como é possível que ela negue as necessidades diárias de alimento, descanso, companhia e conforto, incompreensão esta que é acompanhada pela irritação e pela raiva. Estes sentimentos, segundo a autora, se devem ao fato dessas pessoas sentirem-se impotentes e ignoradas. À medida que o quadro se desenvolve, no entanto, a anoréxica torna-se progressivamente mais fraca e a raiva é substituída pelo medo. Nas palavras da autora:

O fato é que enquanto o sistema continuar funcionando, a anoréxica se sente bem e maravilhosa. Sente-se poderosa, triunfante, excitada. Ela venceu a luta pelo poder sobre si mesma e suas necessidades. Está no caminho da perfeição. Geralmente sente desprezo pelos mortais comuns que precisam fazer coisas como comer e descansar. Ela não é como eles; ela está no controle (Buckroyd, 2000, p.35).

Outra grande dificuldade trazida por Buckroyd (2000) é a necessidade pungente que a anoréxica tem de fazer os outros comerem. No trecho a seguir, Buckroyd exemplifica:

Caroline tinha aprendido a fazer doces franceses e passava horas criando essas delícias, confeitadas e recheadas com creme. Gostava de apresentá-las para a família na sobremesa dos domingos, mas recusava-se a dar até mesmo uma mordida, dizendo que estava “cheia” e que havia comido um pouco enquanto os preparava. A infeliz família sentava-se para comer os confeitados sem ser capaz de desfrutá-los, enquanto Caroline ficava olhando e de vez em quando perguntava se estavam gostando (Buckroyd, 2000, p.24).

Assim, tem-se que a pessoa anoréxica sente tanta ansiedade em relação a engordar que já não pode comer normalmente com outras pessoas; aos poucos ela vai se isolando e isto não ocorre de uma vez. Irá, ainda, dispor de diversos mecanismos para ludibriar as pessoas à sua volta; mentirá dizendo que já comeu; guardará a comida afirmando que comerá mais tarde, mas a jogará fora ou dará para outros; buscará comer a sós, em segredo. Finalmente, chegará ao ponto em que se isolará mais e mais a fim de evitar cobranças alimentares por parte de outras pessoas.

Assim, gradativamente, a anoréxica tornar-se-á mais preocupada com a comida, seu peso, sua silhueta e tamanho e menos disponível para a vida normal (Buckroyd, 2000).

Kay e Tasman (2002) colocam um outro ponto de interesse: a anorexia nervosa ocorre mais comumente em países ricos e industrializados, especialmente nas classes socioeconômicas mais elevadas. Esta afirmação é corroborada por Lawrence (1991) ao dizer que há um consenso entre os autores quanto às famílias das anoréxicas no que se refere ao conforto de que desfrutam e à preocupação e cuidados dispensados a todos os membros da família. Esta autora coloca, ainda, que além do estranho comportamento em relação à comida, alguns pais relatam a mudança de personalidade do filho anoréxico. De acordo com Herscovici e Bay (1997):

É típico que os pais descrevam estas jovens como filhas exemplares, que sempre foram muito colaboradoras, dóceis, sensivelmente cuidadoras de seus pais e irmãos, e que jamais tropeçaram com uma negativa de sua parte até a instalação do quadro anoréxico (Herscovici e Bay, 1997, p. 26).

Buckroyd (2000) complementa ao colocar que nem todas as famílias permitem a livre expressão dos sentimentos, especialmente quando se trata de sentimentos negativos e difíceis. Os padrões familiares são, em geral, aprendidos com os pais e reproduzidos com a própria família. Assim, os pais assumem os papéis desempenhados pelos próprios pais e passam o sistema aprendido aos próprios filhos. Assim, tem-se que os modelos pelos quais as famílias lidam com os sentimentos e sua maneira de fazer as coisas tem, para a autora, um papel muito importante na gênese do transtorno alimentar anorexia nervosa.

Neste sentido, Buckroyd (2000) descreve alguns modelos de família, a saber: a *família controlada*, a *família legal* e a *família que tem coisas demais para enfrentar*. A primeira refere-se

a um tipo de família em que existem regras implícitas a respeito de quem pode expressar quais sentimentos; é dizer, as oportunidades para expressar os sentimentos existem, mas há uma insegurança em expressá-los além de um cuidado constante com os sentimentos dos pais. A segunda trata de uma família em que somente é proibida a livre expressão de sentimentos perturbadores, sendo recompensada a obediência sem protestos ao sistema. Por fim, têm-se as famílias em que parece impossível atender às necessidades dos filhos, pois os pais sentem-se sobrecarregados com o que têm para lidar; eles simplesmente não dispõem de recursos para mais nada, de forma que os filhos têm de enfrentar seus sentimentos por conta própria.

Dessa forma, quando a criança se insere em um sistema que não permite que suas necessidades emocionais sejam atendidas, é necessário questionar-se: como aprenderá a lidar com seus sentimentos? Como expressá-los e processá-los se não há ajuda de um outro significativo, em quem confiam? A resposta é a busca por uma alternativa menos saudável e direta (Buckroyd, 2000).

Neste sentido, tem-se Bruch, citado por Herscovici e Bay (1997), que expõe algumas especificidades nas famílias de pessoas anoréxicas, como por exemplo, pais superprotetores, ambiciosos e preocupados com êxito e aparências. Estudos de família indicam que as mães de pessoas com anorexia nervosa costumam ser descritas como superprotetoras, invasivas, perfeccionistas e com medo de separação; já os pais são vistos como distantes, passivos, emocionalmente restritos, obsessivos, melancólicos e ineficazes (Kay e Tasman, 2002).

Busse (2004) também traz a importância do vínculo mãe-filha para a anorexia ao afirmar que há entre elas um vínculo patológico, em que a mãe se utiliza da filha para atender somente as próprias necessidades, sem a reconhecer como um ser autônomo. Já Palazzoli, citado por Herscovici e Bay (1997) acrescenta às características supracitadas a presença de alianças encobertas, a alternância de culpabilização, a falta de resolução de conflitos e as distorções na

comunicação. Outras especificidades observadas por Minuchin e colaboradores, citados por Herscovici e Bay (1997), são o aglutinamento, a rigidez e a participação do paciente designado nos conflitos familiares.

Sobre o aglutinamento, colocam Minuchin e colaboradores, citados por Herscovici e Bay (1997) que é uma forma de proximidade e intensidade que implica em influência de qualquer mudança em todo o sistema. Assim, existe uma pobre diferenciação entre a percepção de si e dos demais membros da família e as fronteiras da autonomia individual estão de tal forma difusas que o espaço vital do indivíduo é, constantemente, transgredido. Isto também ocorre com os limites entre os subsistemas parental, conjugal e fraterno, levando a alianças e desentendimentos entre os membros do grupo familiar, além de, às vezes, gerar confusão quanto aos papéis devidos e os de fato exercidos, com filhos assumindo o lugar de pais, por exemplo.

Já sobre a superproteção, afirmam os autores que os membros são hábeis na detecção de sinais de estresse nos entes queridos, sinais estes vistos como indicadores de perigosos níveis de tensão e conflito. A preocupação pelo bem-estar de todos e as respostas de cuidado e proteção surgem na própria interação entre os membros do grupo familiar. Entretanto, alertam Herscovici e Bay (1997) para os perigos desta superproteção, que congela o desenvolvimento da autonomia e do bom desempenho dos indivíduos.

Outra especificidade interessante notada nas famílias anoréxicas, é a excessiva rigidez, que consiste em uma resistência tenaz a quaisquer mudanças. Seu equilíbrio e integridade são seriamente perturbados diante de situações imprevistas e suas demandas, apresentando dificuldades em instrumentar alternativas. Na verdade, o estresse provocado pelas exigências de autonomia impostas pelo meio social pode ser submerso pelo filho sintomático, que justificará a manutenção de um modo de funcionamento disfuncional, além de permitir à família apresentar-se como normal e sem maiores dificuldades que não aquela doença (Herscovici e Bay, 1997).

Relativamente à não resolução de conflitos, tem-se que advém das três características anteriormente explicadas, isto porque surge uma baixa tolerância ao estresse gerando a não negociação das diferenças. Assim, os problemas não solucionados ficam como uma ameaça, ativando os circuitos de evitação do sistema (Herscovici e Bay, 1997).

Por fim, os mesmos autores trazem a participação do paciente designado nos conflitos familiares. É dizer, o filho sintomático assume a postura de “agente desviador dos conflitos conjugais” (Herscovici e Bay, 1997, p.28) e, assim, mantém o subsistema em equilíbrio. Isso se dá, segundo as autoras, por três vias: a da *triangulação*, a da *coalização pai-filho* ou ainda a da *desviação*. A primeira consiste em que qualquer ação ou fala da filha ser entendida como “tomar o partido de um dos pais” (p.28); na segunda, por outro lado, a filha fica em uma coalização estável de um dos pais contra o outro; por fim, tem-se a desviação, em que os pais suprimem ou ignoram seus problemas conjugais em uma postura de proteção ou acusação do filho doente, visto como o único problema familiar.

CONCLUSÃO

A anorexia nervosa é um dos mais graves problemas de saúde na atualidade, devido à sua característica de auto-consumpção capaz de levar à morte quando não é tratada a tempo. É, como foi visto, uma síndrome ligada à questões fisiológicas, afetivas e emocionais, entre outras. Familiares e amigos constantemente se perguntam o que pode haver ocorrido para que a paciente chegasse a desenvolver tal comportamento; “onde foi que eu errei?” e “por quê?” são questões que parecem povoar a mente das pessoas próximas às pacientes. E é neste sentido que o esclarecimento da sociedade em geral e dos profissionais em particular a respeito da anorexia nervosa, sua gênese fisiológica e psicológica e os vários fatores intervenientes neste transtorno são pontos da mais alta importância para a sua prevenção e a elaboração de estratégias de intervenção mais eficazes.

Visando-se tal objetivo, foi escolhida a perspectiva psicanalítica para a compreensão da relevância do vínculo mãe-bebê no desenvolvimento do distúrbio alimentar anorexia nervosa. Assim, a partir da leitura deste trabalho, foi possível compreender o papel que o vínculo mãe-bebê possui sobre o desenvolvimento da anorexia nervosa, isto porque tal relação influi sobre a organização de todas as experiências que a criança venha a ter em sua vida. Verificou-se que um vínculo suficientemente bom – para dizer como Winnicott – possibilita um desenvolvimento normal, a formação de uma personalidade mais segura e o emprego dos recursos mais adequados a cada momento; uma vinculação inadequada, entretanto, poderá acarretar no desenvolvimento de uma personalidade insegura, com dificuldades no discernimento e utilização dos recursos apropriados a cada situação, ou até mesmo levar ao aparecimento de um transtorno psiquiátrico. Observou-se a importância dos primeiros cuidados na formação do vínculo e também o papel da alimentação que, mais que um comportamento de sobrevivência, se constitui em um momento de

contato afetivo e vínculo com a mãe e ainda em um ato de relacionamento do indivíduo com o mundo, de forma que pode ser entendida como meio de comunicação e vinculação entre mãe-bebê.

Conheceu-se mais profundamente o distúrbio alimentar anorexia nervosa, caracterizado principalmente pela perda de peso auto-imposta e pelo medo de engordar. A recusa do alimento, como visto no decorrer do trabalho, surge como uma tentativa de separação do Outro e ainda como uma alternativa para assumir o controle da própria vida. Por meio desta monografia foi possível ainda a visão do transtorno alimentar em sua dimensão psicológica, funcional, em que o sintoma anoréxico pode vir como uma expressão de sentimentos – desencorajada pela família – ou como uma tentativa de separação ou ainda de auto-afirmação. Além disso, este trabalho possibilitou a percepção de uma fusão entre mãe e filha, que é tanto inescapável quanto insuportável. Por fim, observou-se os efeitos deste distúrbio sobre a anorexia. Neste sentido, Buckroyd (2000) coloca que nem todas as famílias permitem a livre expressão dos sentimentos, especialmente dos sentimentos negativos e difíceis.

Finalmente, pode-se afirmar que este trabalho possibilitou o levantamento de diversas questões sobre a temática do vínculo mãe-bebê e a anorexia nervosa, revistando, para tanto, diversos autores da área. E se, por um lado, tenha-se buscado oferecer uma visão mais ampla e abrangente sobre a temática, por outro não se pretende aqui esgotar esta questão. Este é um tema atual e de elevada importância social e acadêmica, pois a cada ano aumentam os registros de casos de anorexia nervosa, e estes vêm sendo observados em pessoas de todas as idades, desde crianças pequenas até adultos plenamente formados.

Assim, conclui-se que o vínculo mãe-bebê possui sim um papel de alta relevância no desenvolvimento da anorexia nervosa. Verificou-se que a formação do vínculo mãe-bebê se inicia na vida intra-uterina e é reconstruído após o nascimento da criança; observou-se que a qualidade

de tal vínculo associada a uma falha no processo de separação-individuação mãe-bebê pode levar ao desenvolvimento de uma relação fusionada entre este par e ao aparecimento do transtorno alimentar anorexia nervosa. Verificou-se que a ascensão à feminilidade envolve dois processos: o reconhecimento da castração materna e assumir o lugar no desejo do pai. Entretanto, na anorexia o que se observa é uma renúncia à ascensão à feminilidade, que parece se relacionar à não introjeção da figura feminina adulta, vista como algo negativo e que não deve ser copiado, e ao pai, que em geral é distante e emocionalmente restrito, além do papel da decadência da função paterna na contemporaneidade e da negação pela mãe da entrada do pai na relação mãe-filha. Assim, a mãe permanece onipotente e fusionada, perpetuando uma relação que é insuportável para ambas, mãe e filha.

Entretanto, é preciso se perguntar que outros fatores podem estar na raiz desta síndrome, isto porque não raras são as crianças que vivem um relacionamento fusionado com suas mães e nem por isso desenvolvem este transtorno alimentar. Que fatores se imiscuem nesta questão? De que forma estes se relacionam entre si para criar as condições adequadas ao desenvolvimento da anorexia nervosa? Estas são apenas algumas das questões cujas respostas não foram ainda encontradas, alguns dos caminhos ainda a serem trilhados. Neste sentido, tem-se que a aplicação prática do presente trabalho se faz imprescindível; o levantamento de pontos relacionados à vinculação mãe-bebê em um trabalho de pesquisa possibilitará uma maior exatidão da medida em que tal vínculo influi no desenvolvimento do distúrbio anorexia nervosa, levando a uma compreensão ainda mais ampla dos mecanismos envolvidos neste distúrbio e à elaboração de técnicas de intervenção ainda mais eficazes.

REFERÊNCIAS

- Anorexia não é doença só de modelos e atinge 100 mil jovens brasileiros. *Correio Web*, Brasília, 19 nov. 2006. Disponível em: < <http://noticias.correioweb.com.br/materias.php?id=2690609&sub=Brasil>>. Acesso em: 27 fev. 2008.
- Aquino, Leda A. & Madeira, Isabel R. Problemas de abordagem difícil: “não come” e “não dorme”. *Jornal de Pediatria*. vol. 79, supl. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s1/v79s1a06.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2008
- Bidaud, E. (1998). *Anorexia mental, ascese, mística: uma abordagem psicanalítica*. Trad: Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Brazelton, T.B. & Cramer, B.G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brenner, Charles. (1987). *Noções básicas de psicanálise: introdução à psicologia psicanalítica*. Trad: Ana Mazur Spira. 5 ed ver. e aum. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo.
- Busse, S. R.; Silva, B. L. (2004). *Anorexia, bulimia e obesidade*. Barueri: Manole.
- Buckroyd, J. (2000). *Anorexia e bulimia: esclarecendo suas dúvidas*. Trad.: ZLF Assessoria Editorial. São Paulo: Ágora.

Carvalho, Cleide. Modelo de 21 anos morre em consequência da anorexia. *O Globo Online*, São Paulo, 15 nov. 2006. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sp/mat/2006/11/15/286645820.asp>> Acesso em: 27 fev. 2008.

Esteves, Carolina Marocco & Borges, Edson Sá. (2007). O resgate do vínculo mãe-bebê: estudo de caso de maus tratos. *Psicol. cienc. prof.* v.27, n.4, dez., p.760-775. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 abr. 2008.

Ferrari, I.F. (2004). Anorexia: forma de dizer que o desejo é o motor da vida. *Revista de psicanálise*. Ano XVII, n.177, mar. 2004. Disponível em: <http://www.pulsional.com.br/rev/177/9.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2008.

Freud, Sigmund. (1929). Sexualidade Feminina. In: *Edição Eletrônica das Obras Completas de Sigmund Freud*. Imago. R.J. - 1997.

Freud, Sigmund. (1996). Três ensaios sobre a sexualidade. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. ed. standart brasileira. Sigmund Freud com comentários e notas James Strachey; em colaboração com Anna Freud; assistidos por Alex Strachey e Alan Tyson; trad. alemão e inglês sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, vol.VII.

Gorgati. S. B., Holcberg. A. S. & Oliveira. M. D. (2002). Abordagem psicodinâmica nos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. vol.24, suppl.3, dez. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700010>. Acesso em: 22 jan. 2008.

Herscovici, C.R. & Bay, Luisa. (1997). *Anorexia nervosa e bulimia: ameaças à autonomia*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kay, Jerald & Tasman, Allan. (2002). Transtornos alimentares. In: *Psiquiatria: ciência comportamental e fundamentos clínicos*. São Paulo: Manole.

Klein, M. (1991). *Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963*. Coord: Barros, Elias M. da R. & Chaves, L.P. Rio de Janeiro: Imago.

Klein, M. (1996). *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945*. Trad.: André Condoso. Rio de Janeiro: Imago.

Kopschitz, Isabel. Adolescente morre por anorexia em Nova Iguaçu. *O Globo Online*, Rio de Janeiro, 08 jan. 2007. Disponível em: < <http://oglobo.globo.com/rio/mat/2007/01/08/287333722.asp> > Acesso em: 27 fev. 2008.

Lacan, J. (1995). *Seminário IV: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lamanno, V.L. (1990). Simbiose e diferenciação. In: *Relacionamento conjugal: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Summus.

- Lawrence, M. (1991). *A experiência anoréxica*. Trad: Talita M. Rodrigues. São Paulo: Summus.
- Lemos, I. (2005). Bulimia e anorexia: patologias da falta e do excesso. *Mental [online]*, v.3, n.5. nov. Disponível em: < http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200007&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 20 abr. 2008.
- Lima, Manolita Correia. (2004). *Monografia: a engenharia da produção acadêmica*. São Paulo: Saraiva.
- Mahler, M. (1982). *O processo de separação-individuação*. Trad: Helena Mascarenhas de Souza. Porto Alegre: Artes Médicas
- Miranda, M. R. (2005). *Distúrbios da alimentação- anorexia, bulimia e compulsões: histórias de segredos e paixões*.
- Morin, E. (1994). O pensar complexo. In: *Edgar Morin e a crise da modernidade*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Polisuk, J. & Goldfeld, S. (2003). *Pequeno dicionário de termos médicos*. 4 ed. São Paulo: Editora Atheneu.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Trad.: Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Supervisor da edição brasileira: Marco Antônio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

- Ruffino, R. (1997). Fazendo valer: modalidade contemporânea. In: Associação Psicanalítica de Porto Alegre (org.). *Adolescência: entre o passado e o futuro, artes e ofícios*. Porto Alegre.
- Santos, T. C. & Azeredo, Fabio André Moraes. (2005). *Um tipo excepcional de caráter*. Psyche. v. 9, no.16, São Paulo.
- Silva, A. N. & Bastos, A. (2006). Anorexia: uma pseudo-separação frente a impasses na alienação e na separação. *Psicologia Clínica*, v.18, n.1, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652006000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2008.
- Silva, J. M. (2007). *O lugar do pai: uma construção imaginária*. Dissertação de Mestrado da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Belo Horizonte.
- Stift, K. & Beyer, E. (2003). A relação mãe-filho no projeto “Música para bebês”: um estudo sobre possíveis interferências no desenvolvimento musical dos bebês. *Revista Educação*, v.28, n.1, Rio Grande do Sul. Disponível em: <>. Acesso em 14 fev. 2008.
- Urribarri, R. (Org.) (1999). *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta.

Winnicott, D. W. (1982). *A criança e o seu mundo*. 6 ed. Trad.: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: LTC.

Winnicott, D. W. (1999). *Os bebês e suas mães*. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes.